



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra Výchovy ke zdraví

Bakalářská práce

Názory dospělé populace Jihočeského kraje na
vybrané etické problémy v péči o zdraví

Vedoucí práce: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

Autor práce: Anna Bicanová
Studijní obor: Výchova ke zdraví
Ročník: 3. ročník

2016

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury, která je uvedena v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb., zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáváním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

Vlastnoruční podpis studenta

26. 4. 2016

Děkuji vedoucí bakalářské práce MUDr. Ing. Bc. Markétě Kastnerové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Dále děkuji všem účastníkům výzkumného dotazníku vytvořeného k této bakalářské práci. Také děkuji celé své rodině za podporu a trpělivost.

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	7
1. Etika.....	7
1.1. Etické dilema.....	8
1.2. Etický kodex lékaře.....	8
1.3. Etika v oblasti medicíny.....	10
1.4. Etická dilemata v oblasti medicíny.....	11
1.5. Komunikace mezi lékařem a pacientem.....	13
2. Eutanazie.....	13
2.1. Co je to „právo na smrt?“.....	13
2.2. Komerencializace a medializace euthanasie.....	15
2.3. Zahraniční právní úprava vykonávání euthanasie a asistence sebevraždy.....	15
2.4. Aktivní a pasivní euthanasie.....	16
3. Interrupce.....	17
3.1. Současná situace v provádění interrupce v České republice.....	17
4. Transplantace orgánů.....	18
4.1. Předpokládaný souhlas a předpokládaný nesouhlas.....	19
5. Informovaný souhlas.....	20
5.1. Formy informovaného souhlasu.....	20
5.2. Negativní revers.....	20
Praktická část.....	22
6. Metodologie.....	22
6.1. Cíle práce.....	22
6.2. Výzkumné předpoklady.....	22
7. Metodika.....	23
7.1. Charakteristika souboru.....	23
7.2. Použité metody.....	23
8. Vlastní výzkum.....	24
9. Diskuze.....	37

10. Závěr.....	42
11. Seznam použitých zdrojů.....	44
12. Seznam příloh.....	46
Příloha 1: Dotazník k bakalářské práci.....	47
ABSTRAKT.....	50

Úvod

V definici zdraví podle WHO se mluví o nepřítomnosti nemoci nebo vady a stavu naprosté fyzické, psychické i sociální pohody. Pro mnohé lidi je také zásadní kladný vztah a velká důvěra v lékaře, kterému by se měli svěřit. Dobrému vztahu lékaře a pacienta také moc nepřispívá například komerce, která v mnoha ohledech vrhá na lékaře špatné světlo. Je pochopitelné, že člověk, který se chce nebo musí svěřit do rukou lékaře, vyžaduje absolutní ohleduplnost, laskavost a vstřícné chování. Jen v takovém případě dokáže mít k lékaři absolutní důvěru. Zdraví je přeci to nejcennější co máme a proto se o něho také musíme řádně starat a nesvěřit ho do rukou nekvalifikovaných osob. Není ale jen chybou lékařů, že k nim pacienti chovají málo důvěry. Jak jsem již zmiňovala, může to být komercionalizací lékařské péče. Dalšími důvody jsou nepřilíš velké ekonomické zajištění zdravotnictví a s tím spojený velký tlak na rozpočet, který by měli zdravotnická zařízení dodržovat. Zdravotní pojišťovny určují svým smluvním pacientům limity a dávají velké sankce za jejich nedodržení. Jako další problém se může jevit vstoupení technologií mezi lékaře a pacienta. Vývoj technologií se řítí nezadržitelně dopředu. Je to samozřejmě velmi přínosné, protože díky tomu jsou lékaři schopni najít přesněji a mnohem dříve mnoho zdravotních obtíží. Jako problém se může zdát to, že vyšetření mnohdy provádí spíše stroj a lékař je zde v pozici spíše tlumočnicka, který zprávu zadává do počítače. Mnohdy se stane, že pacient se svou diagnózu dozví až poté co si přečte svou lékařskou zprávu a odborné výrazy si vyhledá na internetu nebo v lékařském slovníku. Dalšími problémy, které souvisejí s lékařskou etikou, a kterým se budu věnovat ve své práci, jsou euthanasie, interrupce a transplantace. Není jednoduché tyto problémy posuzovat. Každý člověk má na každý problém jiný názor.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit názory dospělé populace jihočeského kraje na etické problémy, kterými jsou právě vztah lékaře s pacientem, a dále názory na euthanasii, interrupci a transplantaci. Budu zjišťovat názory lidí právě na jejich vztah s lékařem. Euthanasie není v naší zemi povolena, a proto budu zjišťovat názory dospělé populace na tento problém. Cílem je zjistit hlavně kolik lidí by s jejím zavedením v České republice souhlasilo a kolik nikoliv. Dalším cílem v oblasti interrupce bude také zjistit, kdo z populace jihočeského kraje s interrupcí souhlasí a za jakých podmínek, a kdo ne. U transplantace orgánů se jedná hlavně o téma předpokládaného souhlasu pacientů s posmrtným darováním orgánů a tkání. Jako další cíl bakalářské práce se bude věnovat zjišťování názorů na téma informovaného souhlasu.

Teoretická část

1. Etika:

„Etika (z řeckého *ethos* – mrav), nebo také teorie morálky je filozofickou disciplínou, která zkoumá morálku či morálně relevantní jednání a jeho normy. Etika se zabývá teoretickým zkoumáním hodnot a principů, které usměrňují lidské jednání v situacích, kdy existuje možnost volby prostřednictvím svobodné vůle. Hodnotí činnost člověka z hlediska dobra a zla.“ (PTÁČEK, BARTŮŇEK A KOLEKTIV 2014: str. 35)

Rozdíl mezi morálkou a etikou můžeme chápat tak, že morálka předkládá normy a etika řeší zda, a za jakých podmínek jsou jejich požadavky oprávněné a spravedlivé. Základní otázkou etiky tedy je, co činí naše jednání dobrým. V tomto směru vstupuje do hry mnoho prvků, a proto se k tomuto chování můžeme vždy jen více či méně přiblížit. Každý člověk je schopen poznat rozdíl mezi dobrem a zlem. To ovšem neznamená, že každý chápe pod těmito pojmy to samé. Co je, ale jisté je to, že člověk je etická bytost. S morálkou se setkáváme v každodenním životě na každém kroku. Díky morálce máme jednodušší život v tom, že se v některých situacích nemusíme rozhodovat stále znovu, a také je morálka předpokladem společenského života. Dává nám jistotu v tom, co máme od druhých lidí čekat. Lidské soužití bez morálky není možné, protože není možné žít v nejistotě a bez pocitu bezpečí. (ANZENBACHER 2011: str. 54)

Etika určuje morálně přijatelné chování každého jednotlivce. Eticky přijatelné chování je základem každého společenského systému. Etiku můžeme definovat jako chování, během něhož si je člověk vědom svých důsledků a je za ně odpovědný. Etika je ale brána mnohem širěji, proto se musíme zaměřit na dva základní pojmy a to etika a morálka.

Morálka je soubor pravidel uznávané mravnosti. Jedinec se zavazuje řídit těmito pravidly v souladu se svým jednáním a chováním.

Etika se nejčastěji setkává s termínem, který slouží k označení vědní disciplíny, která se zabývá studiem mravních hodnot, mravního cítění, mravního rozhodování a dále tvoří předmět výzkumu etiky jako humanitní vědy.

Etika se také zabývá studiem určitého stavu mravnosti, jak na úrovni individuální, tak na úrovni společenské. Teoreticky zkoumá hodnoty a principy, které člověka usměrňují, když při jeho jednání může existovat více možností, prostřednictvím svobodné vůle. Hodnotí činnost člověka z hlediska dobra a spravedlnosti. Etika na rozdíl od morálky se snaží hledat společné a obecné základy, na nichž morálka stojí. Na závěr lze tedy říci, že etika je filozofická nauka o tom, co je v chování člověka považováno za dobré a co za špatné. Etiku rozdělujeme na analytickou etiku (metaetika), fundamentální etiku (základní problémy) a aplikovanou etiku (normativní), která se dále dělí na individuální etiku, zabývající se osobní odpovědností, a sociální etiku, která se zabývá sebou samým nebo jiným jedincem nebo celou skupinou. (SEIFERT, ČELADOVÁ A KOL. 2012: str. 155)

Základem etiky je svobodná vůle jedince, který je schopen a ochoten „správné“ hodnoty přijmout a dodržovat. Každý z nás má určitý *ethos*, tedy mravní základ, který nám slouží jako měřítko vnitřních postojů a našeho jednání. Každý z nás se nemůže stát autoritou v oblasti etiky, a proto se sepisují etické kodexy, které slouží k tomu, aby nedocházelo k překračování určitého etického jednání. Etický kodex nemají pouze lékaři, ale například i

manažeři, ošetřovatelky nebo státní úředníci. Jestli jsou etické kodexy dodržovány, kontrolují etické komise. Na druhé straně jsou přijímány různé charty či deklarační, které zajišťují pacientům a klientům, aby s nimi bylo jednáno slušně, mravně a eticky. (ČEVELA, ČELEDVÁ, ZVONÍKOVÁ 2010: str. 131)

S etikou také souvisí pojem „svědomí“. Na tento pojem mají lidé různé názory a může být různě vysvětlován. Někdo se domnívá, že je to jednání podle pocitů a emocí, jiný si může myslet, že je to jednání podle určitých zvyklostí. V každém případě je jednoznačné, že každý si svědomí může vysvětlovat jinak. (MUNZAROVÁ 2005: str. 60)

Jako druhy etiky můžeme uvést etiku deskriptivní a etiku normativní. Deskriptivní etika se zabývá popisem mravního jednání a mravních hodnot. Normativní etika obsahuje konkrétní normy pro fungování lidských vztahů. (ANZENBACHER 2011: str. 55)

1.1. Etické dilema

Etické dilema můžeme definovat jako konflikt morálních principů. Tento stav vzniká v situacích, kdy si člověk musí vybrat z více možností, kdy není jasné, jaké rozhodnutí bude eticky více přijatelné. U některých dilemat není řešení možné pouze obecnými principy, a proto je konkrétní rozhodnutí čistě na každém člověku. (PTÁČEK 2011: str. 251)

Pokud se rozhodneme přistoupit k řešení etických dilemat, situace může být značně obtížná. Při řešení těchto problémů je situace ovlivněna emocionální reakcí člověka na nastalou situaci. Racionální jednání nebo chování lidí může být omežováno jejich schopností uvědomování si situace, ve které se nacházejí. Etická dilemata proto bývají velmi obtížně řešitelná. Neexistuje žádná jediná správná cesta k řešení těchto problémů, ale správná analýza situace s cílem poznat a pochopit rozhodující souvislosti a skutečnosti, bude zřejmě lepší než spoléhat pouze na svůj instinkt. (ARMSTRONG, TAYLOR 2015: str. 149)

1.2. Etický kodex lékaře

§1 Obecné zásady

(1) Povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.

(2) Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.

(3) Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.

(4) Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.

(5) Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

§2 Lékař a výkon povolání

(4) Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.

(5) Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.

(7) Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelně a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.

(8) U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.

§3 Lékař a nemocný

(1) Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

(2) Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.

(3) Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.

(4) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.

(5) Lékař nesmí zneužívat ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

§5 Lékař a nelékař

(1) Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi a zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

(2) Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osob, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

1.3. Etika v oblasti medicíny

V dnešní době je, z pohledu veřejnosti na etiku lékaře ve zdravotnictví pohlíženo velmi specificky. Očekává se od lékaře mnohem větší odpovědnosti a svědomitosti než u jiných profesí. Každý lékař by měl jednat podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. To, co je u lékaře naprosto vyloučeno, je lživost a zatajování jakýchkoliv informací o zdravotním stavu pacienta. Předpokládá se, že lékař bude vždy říkat pravdu, ať už bude jakákoliv, ale zároveň musí lékař nechat pacientovi alespoň minimální naději. Čisté svědomí lékaře se samozřejmě nezískává se vzděláním, ač by bylo sebelepší. To jestli lékař čisté svědomí má či nikoliv, je pouze a jen na něm samotném. Pacient k lékaři také musí chovat značnou důvěru, aby se mohl svěřit do jeho péče. Pokud pacient ztratí důvěru hned u několika lékařů, ve většině případů to znamená ztrátu důvěry k celému zdravotnímu systému. Pokud se jedná o důvěru v lékaře, nelze mu vnucovat něco co je v rozporu s jeho svědomím. Lékař se dá nahradit jiným lékařem, ale svědomí lékaře se jiným jeho svědomím nahradit nedá. (PTÁČEK, BARTŮNĚK A KOLEKTIV 2014: str. 37,38)

Pokud pohlédneme do historie lékařské etiky, naskytne se nám pohled na mnohem více solidarity, která mezi lékařem a pacientem vládla. V době kdy lékaři neměli k dispozici žádnou technologii jak je tomu dnes, byl pacient naprosto oddán jen do zkušeností a vědomostí lékaře. Lidé chovali ke svému lékaři více důvěry a mnohdy se lékař stal také pacientovým velmi dobrým známým nebo dokonce přítelem. A pacient se lékaři mnohdy svěřoval i se svými osobními problémy a nejen s těmi zdravotními. Pak ale s nástupem technologie začali lékaři „mlčet“. Samozřejmě mlčet ve vztahu k pacientům. Lékaři jákali při příchodu nových lékařských technologií. Dávalo jim to naději vyléčení pacientů, kteří by jinak na uzdravení neměli šanci. V čem ale nastal největší převrat, byl v komunikaci. Pacient už se lékaři tolik nesvěřoval a začal ho brát jen jako prostředníka v komunikaci mezi ním a novou technologií. (PTÁČEK, BARTŮNĚK A KOLEKTIV 2014: str. 28,29)

Základním pilířem medicíny je kontakt mezi lékařem a pacientem. Ten je nutný hlavně ve fázi diagnostické. I když pravdou je, že dnes v řadě oborů lékař nemusí pacienta ani spatřit, ale právě osobní kontakt dává diagnostickému procesu kontext. Zcela nezastupitelný je tento kontakt v procesu léčby. Komunikaci mezi lékařem a pacientem lze označit jako samostatný účinný faktor, který ovlivňuje nejen to, jak pacient bude léčbu dodržovat, ale i to jak bude dlouho trvat, jak bude účinná apod. Zajímavostí je, že některé studie přinášejí zjištění v nespokojenosti pacientů v oblasti komunikace, zohledňování jejich psychických a sociálních potřeb i času, který jim lékař věnuje.

Ve studii p. Readera a kolektivu (2014) bylo zjištěno, že stížnosti pacientů lze kategorizovat do tří skupin. První skupina obsahovala stížnosti týkající se kvality samotné péče (33,7%). Na druhém místě (31,5%) byly stížnosti vztahující se k managementu zdravotní péče. Samostatná kategorie zahrnovala stížnosti ve vztahu lékaře/zdravotníka k pacientům (29,1%). Tyto problémy byly kategorizovány do tří skupin:

- **Komunikace:** žádná, nedostatečná nebo neúplná komunikace, nenaslouchání pacientům, neumožňování pacientům podílet se na komunikaci

- **Lidskost a péče:** nedostatek respektu, hrubé chování vůči pacientům, neuctivý přístup k pacientům a jejich rodinám

- **Práva pacientů:** fyzické, psychické nebo emocionální „zneužití“ pacientů, absence informovaného souhlasu, porušení důvěry, diskriminace.

Bylo analyzováno celkem 113 551 případů stížností pacientů z 59 studií uvedených v databázích Pubmed/Medline a ScienceDirect. (PTÁČEK, BARTŮNĚK A KOL. 2014: str. 83,84)

Ze studie tedy vyplývá, že pacienty zajímá více to, jakým způsobem je péče poskytována než to, jakou má kvalitu. Pacienti chtějí komunikovat a chtějí, aby jim jejich lékař porozuměl, věnoval jim dostatek času a bral je hlavně jako osobu a ne jen jako „případ“ nebo „nález“. Právě v této souvislosti se začíná hovořit o **zanedbávání pacienta**, což je definováno jako „*selhání osoby poskytující péči při naplňování potřeb pacienta*“ (Lachs, 1995). V širším smyslu bychom mohli říci, že fenomén „zanedbávání pacienta“ odpovídá **selhání etických aspektů** zdravotní péče.

Jako příčiny zanedbávání pacientů, nedostatek ochoty v komunikaci nebo její opomíjení jsou uváděny tyto základní faktory: (1) *nadměrná pracovní zátěž, syndrom vyhoření a neuspokojivé pracovní podmínky* a (2) *nedostatečné vzdělání a trénink v komunikaci*. (Schubert et al., 2013; Reader, 2013; Ptáček, Raboch, Kebza, 2013)

V 21. století bude stále základním odborným i etickým imperativem to, aby lékař i pacient zůstali a lékař bral vztah s pacientem jako základní velmi účinný prostředek. Lékaři i na konci 21. století budou lidmi bráni jako bozi nebo kouzelníci, a proto by lékaři svoji kouzelnou moc neměli vyměnit za chemické vzorce nebo počítačové algoritmy. Je nutné akceptovat skutečnost, že každý lékařský postup je závislý na tom, zda pacient svému lékaři důvěřuje, zda cítí z jeho strany zájem a zda se cítí „jako člověk“. Je důležité, aby se tento aspekt medicíny neztratil ani v 21. století. (PTÁČEK, BARTŮNĚK A KOL. 2014; str. 89, 90)

1.4. Etická dilemata v oblasti medicíny

„Etická dilemata mohou vznikat na straně lékaře (mezi jednotlivými etickými principy), na straně profesionálního týmu (profesionální versus osobní hodnoty), mezi týmem a pacientem a rodinou pacienta. Nebo mohou etická dilemata vznikat na straně pacienta (mezi minulostí a současnými hodnotami nebo mezi současnými hodnotami a cíli), mezi pacientem a jeho rodinou, mezi členy rodiny nebo mezi členy rodiny a jejich přáteli.“ (RAUDENSKÁ, JAVŮRKOVÁ 2011: str. 135)

Na řešení etických dilemat, by se ošetřující lékař neměl podílet sám, ale měla by to být práce celého odborného týmu. Je také důležité respektovat hodnoty pacienta, které závisí na vzdělání, rodinném zázemí a kulturních tradicích. Je také dobré chápat jedinečnost každého pacienta i jeho složitou situaci. (RAUDENSKÁ, JAVŮRKOVÁ 2011: str. 135)

Podle Koochera a Keith-Spiegela můžeme v rámci lékařské etiky rozdělit etická dilemata do několika základních skupin:

1. Nepředvídatelná etická dilemata – jedná se o situace, které vznikají na základě náhody nebo nepředvídatelných situací.
2. Nesprávné zhodnocení situace – etické dilema může nastat při podcenění nějaké skutečnosti ze strany lékaře
3. Nevyhnutelná dilemata – v některých situacích může lékař etické dilema předvídat, ale nedá se mu vyhnout.
4. Nejasná etická dilemata – taková dilemata, která vyplývají z nejasných situací.
5. Nedostatek odborného vedení – při nedostatečné zkušenosti se lékař může dostat do etického dilema.
6. Střet loajality – může nastat v případě, že se mezi lékařem a pacientem objeví „třetí strana“. (PTÁČEK 2011: str. 251)

U zdravotnických profesí je důležité nejen neškodit, tedy nečinit zlé, ale činit dobré a zároveň se chovat spravedlivě k pacientům. Ani tzv. čtyři principy lékařské etiky (princip neškození, dobřechinění, autonomie a spravedlnosti) nejsou konečným řešením etických dilemat. Tyto principy byli definovány ve 2. polovině 20. století v USA. Pokud by se principy dostali do sporu, jen těžko bychom hledali řešení, kterému dát přednost a museli bychom začít hledat jiná pravidla. Když se zaměříme na problematiku například podání morfia terminálně nemocným, je to určitě špatné, ale pokud lékař jedná v úmyslu utišení bolesti, jedná se o jednání správné. Pojem zdravotní péče se vymezuje v lékařské etice jako ta část péče o zdraví, kde se pacient setkává se zdravotnickým personálem. Cílem tohoto setkání je v nejlepším případě uzdravení pacienta, ale pokud to není možné tak alespoň zajistit úlevu a zachování lidské důstojnosti.

Lékař je zodpovědný nejen v diagnostice a léčbě, ale velmi důležitý je vztah s pacientem v oblasti komunikace. Zájem pacienta a zájem lékaře nejsou vždy totožné a mnohdy se dostávají do rozporu, lékař proto musí jednat v nejlepším zájmu pacienta. Velmi důležitý je pro pacienta výsledek léčby, protože často zažívá zhroucení hodnot a hledá smysl svého života. Často někteří pacienti vyhledávají lékaře, který není tolik medicínsky schopný, ale má velmi dobrou komunikativní schopnost.

Dobro, které pacient očekává od zdravotníků, se netýká jen jeho zdravotního stavu, ale také po stránce psychické a spirituální. Zabezpečení sociálních potřeb je také důležité z důvodu sociální nepohody způsobené odloučením od rodiny a blízkých přátel. Zdravotní stav člověka významně ovlivňuje uspokojování jeho běžných životních potřeb, soběstačnosti a sociálního začlenění. Zdravotní a sociální péči od sebe nelze oddělovat, protože spolu úzce souvisí. (ČELEDVÁ, ČEVELA 2010: str. 114)

1. 5. Komunikace mezi lékařem a pacientem

Lékaři, kteří mají lepší komunikaci se svým pacientem, napomáhají lepšímu dodržování léčby. Mohou také snadněji odhalit emoční vypětí pacienta a lépe na ně reagovat. Lépe komunikující lékaři mají spokojenější pacienty, kteří méně trpí úzkostmi o své zdraví. Pacienti se mnohdy od svých lékařů dozvídají mnohem menší množství informací, než by si přáli a lékaři mají tendenci nadhodnocovat čas, který věnují pacientům při poskytování informací a odpovídání na jejich dotazy. Při předávání informací by lékaři měli brát ohled na složitost svého jazyka a na rychlost předávání informací. Vždy by si měli ověřit, zda pacient získaným informacím rozumí. Komunikace je velmi důležitá pro vytvoření dobrého vztahu lékaře s pacientem. (AYERS, DE VISSER 2015: str. 428)

Komunikace mezi lékařem a pacientem může probíhat několika formami. Může se jednat o formu verbální, písemnou, gesty nebo jinými neverbálními způsoby. Komunikace tvoří součást profesního vybavení každého zdravotníka. Komunikace slouží jako nejlepší prostředek pro navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným. Zhoršení pacientových komunikačních dovedností může způsobit několik skutečností – např. nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat. Při verbální komunikaci mezi lékařem a pacientem je vhodné dodržovat základní kritéria účinné komunikace. Mezi tyto kritéria patří: jednoduchost, stručnost, zřetelnost, načasování a závažnost, přizpůsobivost a důvěryhodnost. Pro člověka má řeč velmi významnou roli. Řeč má také spoustu důležitých funkcí. Sděluje myšlenky, přináší nové informace, udržuje vzájemné vztahy a spojuje lidi. (ŠRÁMKOVÁ 2007: str. 81,83)

2. Euthanasie:

Jedním z velmi diskutovaných problémů lékařské etiky je euthanasie. O tomto problému by se dalo velmi rozsáhle diskutovat. Největší problém nastává, pokud se jedná o ukončení života při nevléčitelné nemoci doprovázené často velkým utrpením. Dnešní medicína dokáže udržovat takovýto život, i když ztrácí téměř kvalitu lidského života. A zde vyvstává otázka, zda má člověk právo na důstojnou smrt? (Mgr. PAVLÍNA MOUČKOVÁ, přednáška Profesní etika)

Termín euthanasie bývá někdy nesprávně používán jen v negativním smyslu (záměrné ukončení života druhého člověka) a pomíjí se jeho pozitivní smysl jako pomoc umírajícímu člověku, aby byla jeho smrt důstojná. Není jednoduché se tímto problémem zabývat, protože ani jeho řešení není jednoznačné. Pokud se budeme zabývat samotným lidským životem, pak se můžeme ptát, kdo má právo o našem životě rozhodovat? Pokud by euthanasie byla v naší zemi povolena, každý jedinec by musel na sklonku svého života nebo při nevléčitelné nemoci například vyplnit dotazník, kde by vyjádřil svá přání v oblasti lékařských postupů, podávání léků nebo ukončení svého života ve stavu, kdy by již neměl žádnou naději na vyléčení nebo na důstojný život. To by se mohlo zdát jako jedno schůdné východisko pro tento problém. (Mgr. PAVLÍNA MOUČKOVÁ, přednáška Profesní etika)

Kdybychom stále pracovali s myšlenkou zavedení euthanasie v naší zemi, mohli bychom se zajímat také o to, kdo by se stal odpovědným člověkem, který by měl vykonávat funkci toho, kdo by samotnou euthanasii prováděl. Bezpochyby by vzniklo mnoho rozporů z řad lékařů, kteří by se stali hlavními kandidáty na vykonávání této služby, protože oni jsou

ti, kteří jsou nejvíce informováni z hlediska lékařského. Ale pokud bychom se zeptali lékařů na jejich názor, mohli bychom se dočkat opovržení od některých z nich. Přeci převzetí tak velké odpovědnosti, nemusí každý z lékařů zvládnout a tedy chtít podstoupit. (Mgr. PAVLÍNA MOUČKOVÁ, přednáška Profesní etika)

„Důvody proč právě v dnešní době jsou otázky ukončování života otevírány, jsou evidentní. Vědecké pokroky s rozvojem technických vymožeností zaznamenaly v lékařství netušené úspěchy. Dnes je možno jako nikdy dříve, zachraňovat a prodlužovat životy, které byli v dřívějších letech odsouzeny k zániku. Tyto pokroky mají však i svou stinnou stránku. V mnoha případech totiž dochází k tomu, že život přetrvává, ale současně je vnímám jako obrovská zátěž jak pro nemocné, tak pro jejich příbuzné, kteří trpí pohledem na své blízké ještě více než oni sami.“ (MUNZAROVÁ 2005: str. 11)

2.1. Co je to „právo na smrt?“

V moderní době se slovo právo používá velice často a je jím nazýváno mnohdy všechno to, co by si člověk přál nebo chtěl. Ať už se jedná o právo na život, právo narodit se, právo nenarodit se atd. V dnešní době se na právo, ať již z pohledu mravního nebo legálního, nepohlíží jako na něco identického s potřebou, přáním, zájmem, chtěním nebo schopností toto vše uskutečnit. Skutečné právo by mělo být bezúhonnou nebo povolenou svobodou a to tehdy, pokud by se tím jinému v ničem nebránilo.

Sebevražda je ve většině zemí dekriminalizována a přece je na ni pohlíženo jako na něco nepatřičného. Přesto v dnešní době je jasná snaha přesunout „právo na sebevraždu“ na jiné, kteří by při ní měli asistovat nebo dokonce toto vraždění místo umírajícího vykonávat. Pod názvem „právo na smrt“ se schovávají nejružnější aktivity, včetně práva vybrat si způsob smrti, načasování a okolnosti vlastní smrti. Ale poté zde vyvstávají otázky, pro koho by tato práva měla platit? Jen pro osoby, které jsou schopny o sobě rozhodovat? Pro ty, kteří umírají a nemají žádnou naději? Nebo i pro ty, kteří jsou nevléčitelně nemocní, ale ještě neumírají? (MUNZAROVÁ 2005: str. 19,20)

Světová lékařská asociace (World Medical Association – WMA) definuje eutanazii jako „vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.“ Je třeba ihned dodat, že v četných prohlášeních WMA odsuzuje toto jednání a vyzývá lékaře, aby eutanazii neprováděli, jelikož tato aktivita je v konfliktu se základními etickými principy lékařské praxe, a aby se v zemích, kde je již uzákoněna, snažili o změnu těchto nelidských zákonů. Z definice vyplývá, že jde především o jasný záměr a úmysl ukončit život. (PTÁČEK, BARTŮNĚK A KOL. 2012: str. 32,33)

„Parlamentní shromáždění Rady Evropy ve své revoluci č. 1859 z roku 2012, týkající se předem vyjádřených přání nemocných, v odstavci 5 zcela správně a bez možných matení pojímá eutanazii ve smyslu „úmyslného zabití, ať již skutkem nebo zanedbáním, závislé lidské bytosti pro jeho nebo její domnělé dobro“ a odsuzuje toto konání, „které musí být trvale

zakázáno.“ Měli bychom se ztotožnit s tímto pojetím eutanazie a také konečně zcela vymýtit třídění eutanazie na aktivní a pasivní, což velmi přispívá k matení až do dnešních dnů. Především proto, že termín pasivní eutanazie zastřešoval dvě diametrálně odlišné skutečnosti. Za první **úmysl zabít a zabití** a za druhé **úmysl odstoupit od takové léčby**, která je již marná a zbytečná, která nevede ke zlepšení těžkého a nevléčitelného stavu, a která je nadměrně zatěžující. Běžná léčba a péče s ulevováním ve všech těžkostech je samozřejmostí do posledního dechu. Jedině tento přístup (tzn. nechání zemřít) je v souladu s mravností a s dávnou tradicí lékařské etiky. Nemá vůbec nic společného s eutanazií. (PTÁČEK, BARTŮNĚK A KOL. 2012: str. 34)

Je vhodné si dnes připomenout stanovisko pracovní skupiny ČKL ze dne 24. dubna 2001 v Brně. Jednání bylo tehdy svoláno v důsledku oživení diskuzí o eutanazii v souvislosti s úpravami zákona v Nizozemí.

„ČKL jako orgán zastupující odbornost a etiku lékařského povolání a respektující právo, vyjadřuje tento svůj postoj: S úctou k životu a při poznání smrti jako neodvratného ukončení života respektujeme Etický kodex ČKL, podle kterého lékař nemá prodlužovat utrpení nemocného s nevléčitelnou chorobou, avšak eutanazie a asistovaná sebevražda jsou nepřijatelné. Eutanazie i asistovaná sebevražda jsou projevem selhání. Dnes lze zajistit takovou péči v léčení bolesti a ostatních fyzických symptomů, psychického, sociálního a duchovního utrpení tak, aby k žádosti o usmrcení nemuselo docházet. Naše společnost objektivně disponuje dostatečnými finančními prostředky, znalostmi, dovednostmi, léky i přístrojovým vybavením, aby nemocným, u kterých kurativní léčba vyčerpala všechny dostupné možnosti, byla poskytnuta odpovídající léčba paliativní. Tento přístup je nemocnému schopen zajistit nejlepší možnou kvalitu zbytku života včetně doprovázení k důstojné smrti bez bolesti, fyzického, psychického, sociálního a duchovního utrpení. Pro rozhodnutí o poskytování nejvyšší etické služby nevléčitelně nemocnému a umírajícímu musí být lékařům nápomocna celá společnost, právo, ekonomická i zákonodárná systémová opatření. Civilizovaný stát musí chránit život, a ne legalizovat jeho likvidaci.“ (PTÁČEK, BARTŮNĚK A KOL. 2012: str. 41)

2.2. Komeracionalizace a medializace euthanasie

Právo na dobrou, milosrdnou, spokojenou smrt, na smrt, která je zbavena utrpení, právo nežít a neživořit, právo nebýt resuscitován jsou označována za důležitá lidská práva. Těchto práv se v posledních měsících dovolávají významní žurnalisté, zástupci patientských organizací a někteří politici. Dovolávají se jich na naší mediální a veřejné scéně s různou naléhavostí a s proměnlivou intenzitou. Jedná se patrně o zpětnou vazbu mediálně atraktivně a dramaticky inscenovaného popisu profesně a solidárně provedené eutanazie. Televizní seriál předvedl milosrdnou smrt navozenou podáním morfia a destilátu nevléčitelně nemocnému primáři. Eutanazie zneklidňující a inspirující 1,7 milionu televizních diváků, v HD rozlišení, v hlavním vysílacím čase. (PTÁČEK, BARTŮNĚK A KOL. 2012: str. 44)

V diskuzi navazující na tuto seriálovou epizodu se začalo znovu diskutovat o právu na smrt a právu nežít i přes to, že v České republice a v jiných zemích je eutanazie brána jako trestný

čin zabití. Oživila se polemika o nepopiratelné skutečnosti, že je eutanazie prováděna ve skrytu a potají. Pro-eutanazisté praví, že se eutanazie nedomohou lidé trpící nevléčitelnou nemocí. Poukazují na to, že zřejmě je eutanazie prováděna výlučně maskovaně. Pro-eutanazisté nedbají lékařů ani sester, kteří by mohli nebo dokonce museli eutanazii provádět. (PTÁČEK, BARTŮNĚK A KOL. 2012: str. 44,45)

2.3. Zahraniční právní úprava vykonávání eutanazie a asistence sebevraždy

V některých zemích je dovoleno beztrestně ukončit život nesnesitelně trpícího pacienta na jeho výslovnou žádost. Děje se tomu tak v zemích Beneluxu. Za určitých podmínek není trestné asistovat při sebevraždě. Je tomu tak například v Lucembursku, Velké Británii, Švýcarsku, Německu a Nizozemí. V právních rádech zemí Beneluxu se beztrestnost ukončení života na žádost vztahuje na lékaře a totéž platí i pro asistovanou sebevraždu podle právní úpravy například v Oregonu, Washingtonu a Montaně. Ale například v zemích jako je Německo, Švýcarsko nebo Velká Británie, není právně stanoveno, na koho se beztrestnost asistence sebevraždy vztahuje. Takže za určitých podmínek - více či méně jasně stanovených – může asistovanou sebevraždu vykonávat každý. (JUDr. PETERKOVÁ, PTÁČEK, BARTŮNĚK A KOL. 2012: str. 138, 139)

2. 4. Aktivní a pasivní euthanasie

Velmi důležité v souvislosti s euthanasíí je vymezení pojmů aktivní a pasivní euthanasie. Toto rozdělení se používalo hlavně v minulých dobách a dnes je již opuštěné. Aktivní euthanasie znamená, že život pacienta je ukončen samotným lékařem, obvykle pomocí nějakého farmaka. Pasivní euthanasie znamená upuštění od samotné léčby, například nepodání život zachraňujícího léčiva. Největší rozdíl z hlediska mravního je v tom, že při aktivní euthanasii život ukončuje samotný lékař, ale při pasivní euthanasii ukončí život nemocného choroba. Od termínu pasivní euthanasie se opouští proto, že jsou zde míněny dva zcela odlišné činy. Za prvé můžeme hovořit o činu, který je srovnatelný s aktivním zabitím a to pokud lékař pacientovi například vypne kardiostimulátor anebo nezahájí resuscitaci, která by mohla pacientovi prodloužit život i o několik let. Na druhé straně když lékař nebude prodlužovat trápení pacienta o pár hodin či dní, můžeme hovořit spíše o milosrdenství. (ŠIMEK. 2015: str. 160)

Pasivní euthanasie je v České republice chápána jako méně nebezpečný postup. Český trestní zákon klasifikuje vraždu jako úmyslné usmrcení, ale jedná se zde nejen o aktivní činnost ale i nečinnost nebo opomenutí. Pasivní euthanasie je tedy v České republice také považována za vraždu. Podle práva zásadní rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasíí neexistuje, protože všechny formy euthanasie se považují za neetické a odporující křesťanské morálce. Většina lékařů si stále uvědomuje společenskou problematiku euthanasie a dosud také stále platí, že lékař nemá právo urychlit smrt pacienta. Každý pacient má právo na to, rozhodovat o tom, jak bude se svým životem disponovat. Možným řešením by se mohl stát kompromis, při kterém si lékař s pacientem porozumí, pokud toho bude pacient ještě schopen. (BÁRTLOVÁ. 2005: str. 76,78)

3. Interrupce

„Možnost ukončit nechtěné těhotenství interrupcí na žádost těhotné ženy je v České republice dáno zákonem. Zákonem jsou dány lhůty do kdy je možno těhotenství ukončit. Do ukončeného 12. týdne těhotenství je možno interrupci provést na žádost nechtěně těhotné ženy bez udání důvodů, stačí, že si toto těhotenství nepřeje, ale stejně tak ze zdravotních důvodů. Po 12. týdnu těhotenství výše je možno těhotenství uměle ukončit, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu, nebo že plod není schopen života. Svědčí-li pro umělé ukončení těhotenství genetické důvody, lze je uměle ukončit nejpozději do dosažení dvaceti čtyř týdnů těhotenství. (...) V České republice je rozlišováno umělé ukončení těhotenství v I. Trimestru, tj. do ukončeného 12. týdne těhotenství na tzv. miniinterrupci do ukončeného 8. týdne a na interrupci po 8. týdnu do ukončeného 12. týdne. Umělé ukončení těhotenství je totiž tím bezpečnější, čím je těhotenství nižší. Proto je snaha docílit toho, aby ženy, pokud si již interrupci žádají, přicházely se svou žádostí co nejdříve, již během prvního týdne po vynechání očekávané menstruace. Miniinterrupci u ženy dosud nerodivší, lze provést, jestliže délka těhotenství nepřesahuje 45 dnů, u ženy která již rodila do 55 dnů. Je úspěchem, že již 80% interrupcí je prováděno jako miniinterrupce.“ (MUDr. Jiří Šráček; BAHOUNEK, FUKALOVÁ, MAN A KOL. 2007: str. 7,8)

3.1. Současná situace v provádění interrupcí v České republice

Po roce 1989 došlo v České republice k výraznému snížení počtu interrupcí. Dosaženo toho bylo zvýšením užívání moderní kontracepce (tento výraz využívá WHO – Světová zdravotnická organizace, u nás se dosud často používá výraz antikoncepce) a to jak hormonální, tak nitroděložní. Toto snížení interrupcí a více žen používajících kontracepci se považuje za velký úspěch. Česká republika proto úspěšně splňuje program vytyčený WHO v roce 1991 From abortion to contraception (Od potratu ke kontracepci – potratem se zde rozumí interrupce). Cílem tedy je to, aby interrupce plnila účel pouze při selhání kontracepce, nebo pokud by žena otěhotněla násilným trestným činem. (MUDr. Jiří Šráček; BAHOUNEK, FUKALOVÁ, MAN A KOL. 2007: str. 17,18)

V současnosti se rozdělují dva proudy, prvním z nich jsou obhájcí práva ženy na interrupci a druhí jsou jeho odpůrci. První skupinou jsou označováni „Pro choice“, tedy pro volbu. I v této skupině panují různé názory, kdy někteří tvrdí, že žena má právo na interrupci vždy, dokonce i těsně před porodem a jiní povolují právo interrupce jen do určité doby a další jen při určitých případech jako je například znásilnění, při ohrožení zdraví ženy atd. Podle obhájců práva na interrupci není embryo samostatný jedinec, který by byl schopen samostatného života. Může přežít pouze v těle matky, a tedy nejde o individuální lidskou bytost. Druhá skupina „Pro life“, tedy pro život, nezahrnuje jen stoupence různých konzervativních směrů, ale také významné církve – katolickou, evangelickou, islám, judaismus aj. Tato skupina odpůrců interrupce naopak tvrdí, že embryo je považováno za lidskou bytost, protože obsahuje kompletní genetickou informaci a má tedy plné právo na život. Podle nich je umělé přerušování těhotenství chápáno jako vražda. Odpůrci interrupce „Pro life“ vyžadují, aby legální provádění interrupcí ve zdravotnických zařízeních bylo zakázáno. Někteří extrémisté se nebojí ani použití násilí vůči zdravotnickému personálu, ve kterém k interrupcím dochází. Ti, kteří bojují za zrušení legalizace interrupcí, jsou

přesvědčení, že žena nakonec pokorně přijme svůj úděl a změní její negativní postoj k jejímu těhotenství. Nedochozí jim ale, že některé ženy budou volit i jinou možnost. A to většinou nelegální, zdravotně nebezpečnou. V současné době je také rozvinutá tzv. potratová turistika. Vzhledem k rozdílnosti přístupnosti umělého přerušení těhotenství cestují často ženy požadující interrupci ze státu, kde je omezena či zakázána do zemí, kde je naopak legální. Děje se tak například z Polska do České republiky nebo z Irska do Velké Británie. (PhDr. Drahoslava Fukalová, CSc.; BAHOUNEK, FUKALOVÁ, MAN A KOL. 2007: str. 57,58)

Stále velkým rozšířeným omylem bývá domněnka, že „nechtěné těhotenství“ se stává hlavně mladým, nezkušeným dívkám, které často ani neví kdo je otcem. A svoji mravní nezodpovědnost dovrší umělým přerušením přirozeného procesu. Tato domněnka je ovšem vzdálená pravdě. Nejčastějšími žadatelkami o umělé přerušení těhotenství v roce 1985 byly ženy ve věku mezi 27-30 lety, které byly vdané a nejčastěji matky 1-2 dětí, které k tomuto rozhodnutí dospěly po dlouhé úvaze a někdy i po poradě s manželem. A zde se můžeme dotazovat, kdo je odpovědný za tuto tichou genocidu? Jednoznačně lze vinu připisovat každé ženě, která podstoupí tento zoufalý čin. Ale nejen ona na sebe může brát veškerou odpovědnost. Na vzniku nového života se podílejí vždy dva, proto i muž má na této situaci určitý kus své viny. Dalším spoluviníkem by se mohl označit zdravotnický personál, který se mlčky podílí na tomto činu. Nevýraznou souvislost s potratovostí může mít školní vzdělání. Počet žen s vysokoškolským vzděláním se od roku 1990 udržuje na necelých 6%. Zřetelně se snižuje počet žen se základním vzděláním a naopak vzrůstá počet žen se středoškolským vzděláním. Co se týče srovnání potratovosti s jinými zeměmi tak se Česká republika řadí na nejnižší příčky. Od roku 2000 je poprvé nižší než na Slovensku. Jak již bylo řečeno nejvíce žen přicházejících s žádostí o umělé přerušení těhotenství má dosaženo maximálně středoškolského vzdělání. Proto se domnívám, že by bylo vhodné více se věnovat problematice sexuální výchovy na školách, nejlépe již od druhého stupně základní školy. Mladí lidé začínají svůj sexuální život stále dříve a proto je varovat před nebezpečím a osvětlit jim veškeré dostupné způsoby ochrany. (PhDr. Tomáš Jiří Bahounek; BAHOUNEK, FUKALOVÁ, MAN A KOL. 2007: str. 78-81)

Pokud budeme vnucovat ženám roli matky, bude to znamenat, že jejich schopnost se v ní osvědčit bude prudce klesat. V každém případě, bychom měli ženě ponechat právo rozhodovat o jejím osudu a nebrat interrupci na lehkou váhu ani s ní bezvýhradně souhlasit. Velké uspokojení můžeme pociťovat v tom, že v posledních letech počet interrupcí klesá. Je ale nereálné předpokládat, že někdy úplně vymizí. (PhDr. Drahoslava Fukalová; BAHOUNEK, FUKALOVÁ, MAN A KOL. 2007: str. 58)

4. Transplantace

Transplantace orgánů, buněk a tkání se stala velkou nadějí pro osoby, které byly ještě donedávna považovány za „neléčitelné“ a stala se novou úspěšnou formou léčby. Co je ale stále velký problém, je nedostatek těchto orgánů a tkání od mrtvých i živých dárců. Stále stoupají počty těch, kteří úzkostně čekají na svého dárce a také těch, kteří se ho ani nedočkají. (MUNZAROVÁ 2005: str. 74)

Předmětem každé transplantace je dárce. Dárci orgánů se dělí na dvě skupiny. První skupinou jsou dárce žijící. Do této skupiny mohou spadat pokrevně příbuzné zletilé osoby (rodiče, zletilé děti, sourozenci atd.) nebo emocionálně příbuzní (manžel/ka, přítel/kyně atd.), pokrevně příbuzné nezletilé nebo nesvéprávné osoby (jen v případě přímého ohrožení života příjemce, kdy není jiný žijící dospělý svéprávný dárce). U živého dárce je možné odebrat pouze orgán, po jehož odebrání nedojde ke zhoršení zdravotního stavu dárce nebo dokonce ke smrti. Za takové orgány se považuje jedna ledvina, jaterní split, kostní dřev a krev. U tohoto odběru je nutný souhlas etické komise, souhlas dárce a aktivní souhlas budoucího příjemce. Druhá skupina dárců jsou dárce zemřelý. Rozlišují se zemřelý dárce s bijícím srdcem a prokázanou smrtí mozku, nebo zemřelý dárce s nebijícím srdcem. (BALÁŽ, PETER A KOL. 2012: str. 34,35)

V dnešní době se jako největší etický problém v oblasti transplantace orgánů od mrtvých dárců jeví otázka skutečné smrti člověka. Kdy můžeme člověka prohlásit za mrtvého? Lze ukončit léčbu u dlouhodobě nemocného pacienta v bezvědomí, pokud je jeho mozek různým způsobem poškozen do té míry, že nevnímá, necítí a nemyslí a přitom není žádná naděje na zlepšení jeho zdravotního stavu? Je možné udržovat „mrtvého“ člověka při „životě“ za účelem odebrání orgánů k transplantaci? Od poloviny minulého století se začala objevovat nová kritéria zaměřená na smrt mozku. V poslední době se hovoří o tom, zda by nemohl být prohlášen za mrtvého ten, kdo je v bezvědomí díky nevratné ztrátě jen vyšších mozkových funkcí. Na druhé straně se ale objevuje kritika toho, že definice smrti mozku: „ztráta všech funkcí celého mozku“ neodpovídá skutečnému stavu „mrtvosti“ mozku. Minimální elektrická aktivita bývá často zjistitelná u buněk, které jsou izolované z „mrtvého“ mozku. Definici smrti je třeba brát jako otázku společného postoje. Jedná se totiž o proces ve smyslu biologickém, nikoliv o okamžik. Je ovšem vhodné tolerovat člověka, který by s uvedenými definicemi nesouhlasil. (MUNZAROVÁ 2005: str. 130,131)

4.1. Předpokládaný souhlas a předpokládaný nesouhlas

V České republice platí princip tzv. předpokládaného souhlasu. Ten platí v případě, že se zemřelý během svého života nevyjádřil k posmrtnému darování orgánů. Platí také tzv. předpokládaný nesouhlas, což znamená, že pokud se zemřelý během svého života nevyjádřil k darování orgánů, je nutný souhlas od rodiny zemřelého. Každý občan má právo a možnost se k posmrtnému darování orgánů vyjádřit. V mnoha zemích existují národní registry pro vyjádření souhlasu či nesouhlasu. V České republice se odběr od zemřelého dárce řídí transplantačním zákonem, který vylučuje odběr, pokud je zemřelý evidován v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Dále nesmí dojít k odebrání orgánů ani tkání, pokud zemřelý ještě za svého života vyjádřil nesouhlas s odběrem ve zdravotnickém zařízení před ošetřujícím lékařem a jedním svědkem, nebo pokud zákonný zástupce nezletilé osoby nebo osoby zbavené způsobilosti přímo ve zdravotnickém zařízení před ošetřujícím lékařem a jedním svědkem prohlásí nesouhlas s odběrem. (BALÁŽ, PETER A KOL. 2012: str. 19,20)

5. Informovaný souhlas

„V článku 5 Úmluvy o biomedicíně je uvedeno: Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínek, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.“(HAŠKOVCOVÁ 2007: str. 25)

Bez informovaného souhlasu tedy nelze pacienta léčit. Výjimka může nastat v případě krajní nouze, kdy pacient není schopen poskytnout lékaři příslušný souhlas a současně je nutné provést lékařský zákrok pro zdraví a záchranu života nemocného. Tato situace může nastat, například pokud je pacient v bezvědomí. V tomto případě je pacientův souhlas předpokládán a lékař jedná podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Tento postup musí být vždy zaznamenán do zdravotnické dokumentace. Souhlas pacienta musí obsahovat tyto tři náležitosti: musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný. (HAŠKOVCOVÁ 2007: str. 25)

Informovaný souhlas můžeme také rozdělit na dvě fáze. V první fázi lékař sdělí pacientovi všechny potřebné informace k plánovanému zákroku. Ve druhé fázi pacient všechny informace zváží v zájmu svých hodnot a priorit a rozhodne se, zda vyjádří souhlas s provedením plánovaného zákroku. (POLICAR 2010: str. 75)

Pacient by se k informovanému souhlasu měl rozhodnout sám a nenechat se ovlivnit názory lékaře nebo členů rodiny. Je ale pravdou, že každý z nás potřebuje slyšet názor i jiné osoby, aby se mohl rozhodnout. Proto nebývá výjimkou, že si pacienti berou čas na rozmyšlenou, pokud tomu léčba dovolí, a záměrně se ptají svých blízkých, ale i samotného lékaře na jeho názor. Objevují se často otázky typu: Co byste dělal Vy na mém místě? Doporučil byste tento postup léčby i své mamince nebo tatínkovi? Lékař může a dokonce by měl vyjádřit svůj názor, ale v žádném případě ho nesmí pacientovi vnucovat. (HAŠKOVCOVÁ 2007: str. 26)

5.1. Formy informovaného souhlasu

Informovaný souhlas může mít několik forem. Ústní, konkludentní, nebo písemnou. V běžných situacích se nejčastěji setkáváme s formou ústní a konkludentní. Konkludentní forma je používána například pokud zdravotní sestra oznámí pacientovi, že mu odebere krev a požádá ho, aby si vyhrnul rukáv. Ten tak učiní bez jediného protestu. Je očividné, že se zákrokem souhlasí, aniž by řekl jedině slovo. (POLICAR 2010: str. 76)

Písemný souhlas je nutné ze zákona provádět například u těchto zákroků: transplantace, oddělení části těla, která se již neobnoví, asistovaná reprodukce, kastrace, umělé přerušování těhotenství, změna pohlaví. (POLICAR 2010: str. 77)

5.2. Negativní revers

Každý pacient má samozřejmě právo na odmítnutí stanovené léčby a právě v tomto případě se sepisuje negativní revers o odmítnutí léčby ze strany pacienta. V takovém případě vystává několik etických a praktických problémů. Zcela neetické je vyčkat až pacient bude v takovém zdravotním stavu, kdy bude možné uplatnit postupy, které vyplývají ze situace krajní nouze, a kdy informovaný souhlas není nutný, protože se jedná o udržení zdraví a života pacienta. Nesmíme ale zapomínat, že člověk má právo na odmítnutí léčby. Velmi často

se tak stává u starších osob, kteří trpí například demencí, ale nejsou zbaveni svéprávnosti a informovaný souhlas je od nich vyžadován. Možným východiskem z této situace by bylo, kdyby tito lidé včas přenesli své rozhodovací právo na osobu blízkou. (HAŠKOVCOVÁ 2007: str. 50,51)

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Metodologie

6.1. Cíle práce

Cílem mé bakalářské práce je zjistit názory dospělé populace Jihočeského kraje na vybrané etické problémy v péči o zdraví. Budu se zajímat o vztah obvodního lékaře s pacientem. Zda komunikace mezi lékařem a pacientem ovlivňuje vztah mezi nimi. Dalším cílem je zjistit názory na euthanasii. Kolik dotazovaných respondentů by souhlasilo s jejím zavedením v České republice a kolik nikoliv. Ve výzkumu se zaměřuji také na téma interrupce. Bude mě zajímat kolik respondentů je zastánce interrupce a kolik odpůrce. Také se budu zajímat, v jakých případech s interrupcí souhlasí. U otázky předpokládaného souhlasu s posmrtnou transplantací orgánů budu zkoumat poměr souhlasu a nesouhlasu v této oblasti. Jako poslední výzkumné téma je znalost práv pacientů. Kolik dotazovaných o právech pacientů ví a zná je.

6.2. Výzkumné předpoklady

Předpoklad č. 1 – Předpokládám, že vztah mezi lékařem a pacientem je ovlivněn jejich vzájemnou komunikací.

Předpoklad č. 2 – Předpokládám, že většina pacientů není dobře a srozumitelně informována o svém zdravotním stavu.

Předpoklad č. 3 – Předpokládám, že většina populace neví, co znamená informovaný souhlas.

Předpoklad č. 4 – Předpokládám, že většina populace neví o právech pacientů.

Předpoklad č. 5 – Předpokládám, že většina výzkumné populace by nesouhlasila se zavedením eutanazie v České republice.

Předpoklad č. 6 – Předpokládám, že většina výzkumné populace interrupci připouští jen v nejnútnejších případech a životních situacích.

Předpoklad č. 7 – Předpokládám, že většina populace tvrdí, že život začíná od oplodnění, je tedy pro strategii „pro život“.

Předpoklad č. 8 – Předpokládám, že většina výzkumné populace souhlasí s předpokládaným souhlasem při transplantaci orgánů.

7. Metodika

7.1 Charakteristika souboru

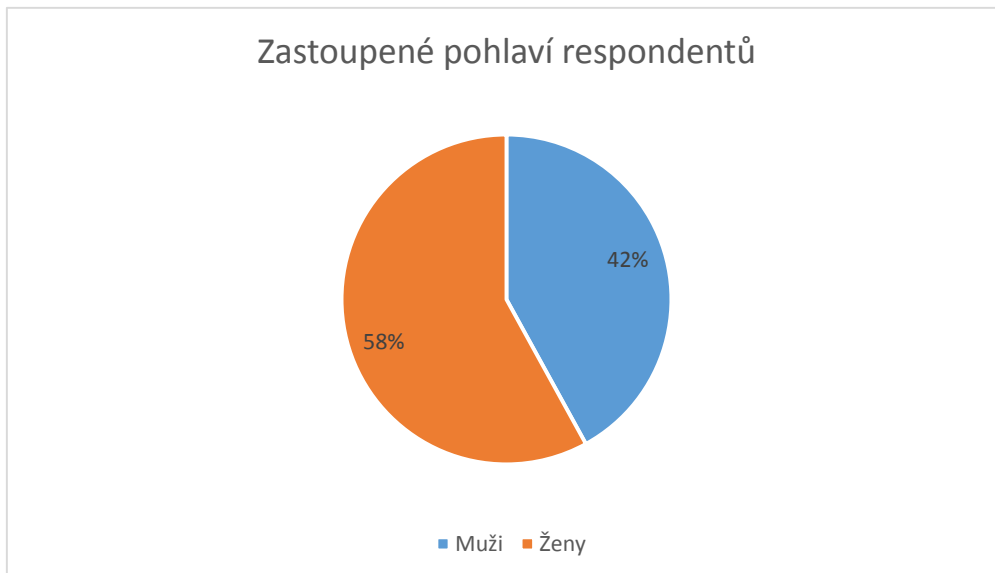
Výzkumný soubor se skládal ze sta respondentů dospělé populace Jihočeského kraje. Většina respondentů pocházela z okolí mého přechodného bydliště. Věkové rozmezí dotazovaných se pohybovalo mezi 18 až 65 lety.

7.2 Použité metody

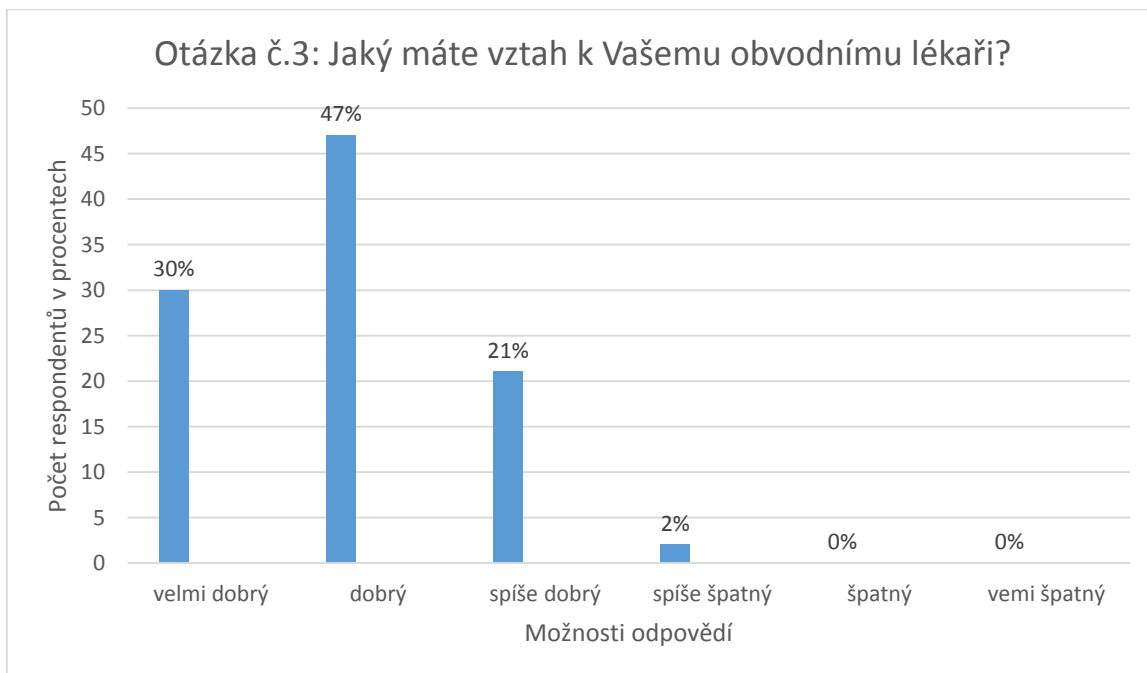
Ke sběru dat pro svoji bakalářskou práci jsem použila kvantitativní výzkum, metodu dotazování, techniku dotazníku. Dotazník byl dobrovolný a anonymní a zúčastnilo se ho sto respondentů dospělé populace Jihočeského kraje v okolí Týna nad Vltavou a Českých Budějovic. Vyplňování dotazníku probíhalo dvojí formou. Buď v podobě tištěné, nebo elektronické. Dotazování probíhalo od 15. do 29. února 2016. Návratnost dotazníků byla po uplynutí této doby stoprocentní. Ze sta rozdaných dotazníků se mi jich sto vrátilo vyplněných zpět. Dotazník obsahuje 18 otázek a u některých je možnost označit více odpovědí.

8. Vlastní výzkum

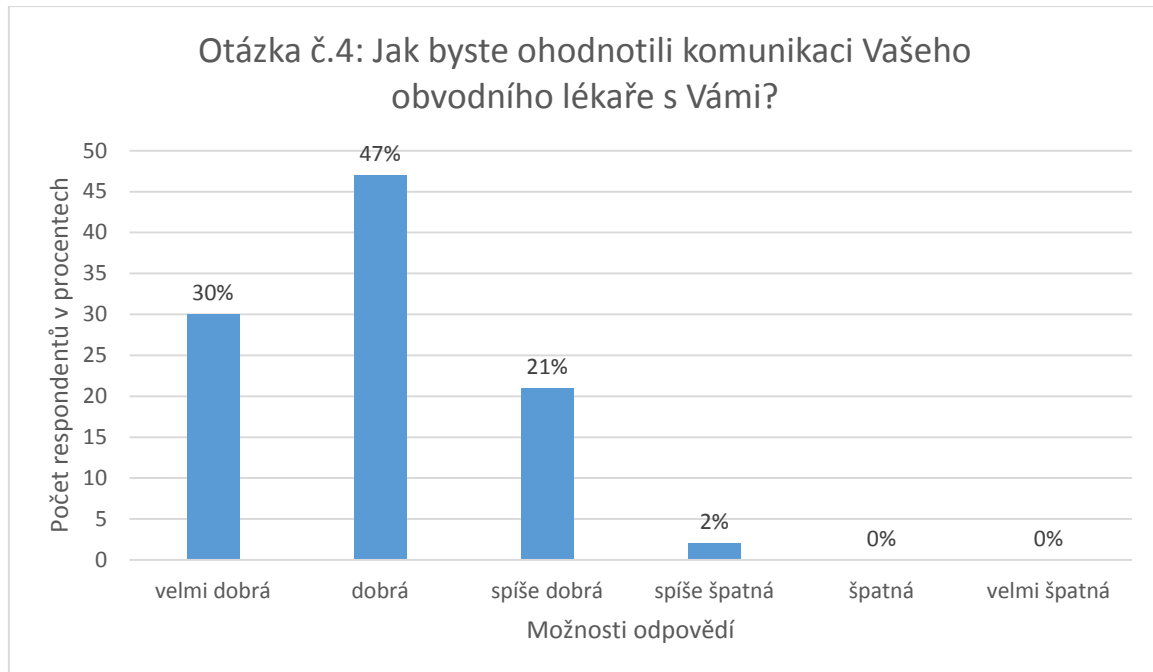
Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo sto respondentů. Dotazníková otázka č. 1 se zabývá pohlavím a otázka č. 2 se zaměřuje na věk. V poměru mužů a žen se výzkumu zúčastnilo 42% (42) mužů a 58% (58) žen. Věkové rozmezí respondentů je od 18 do 65 let.



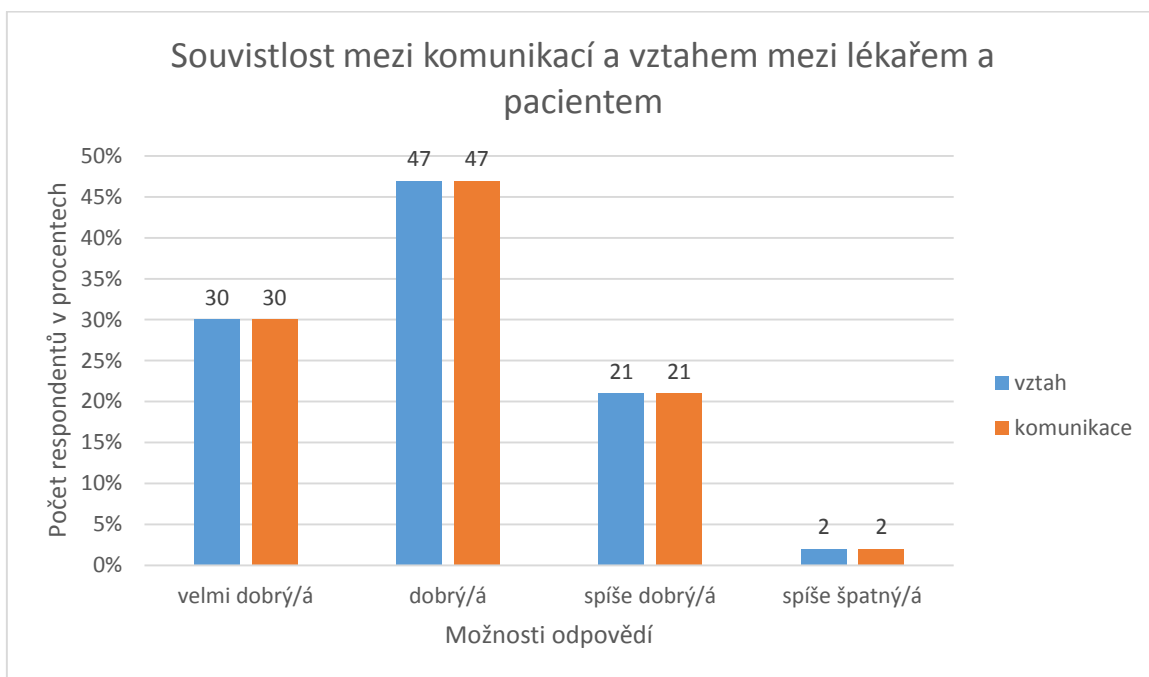
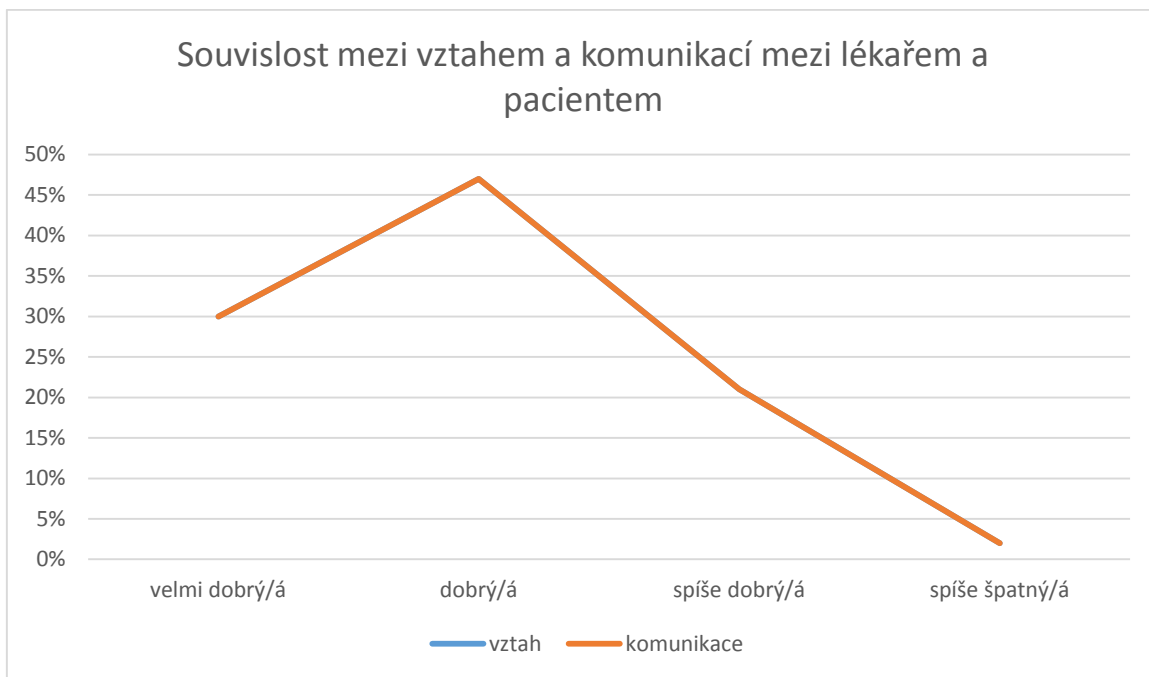
Předpokladem č. 1 se v mém dotazníku zabývají **otázka č. 3:** Jaký máte vztah k Vašemu obvodnímu lékaři? A **otázka č. 4:** Jak byste ohodnotili komunikaci Vašeho obvodního lékaře s Vámi? Předpokládám, že vztah lékaře s pacientem je ovlivněn jejich vzájemnou komunikací.



Nejvyšší hodnotu má odpověď dobrý. Celkem 47% (47) dotazovaných uvedlo tuto možnost. Druhý nejvyšší počet odpovědí zahrnovala odpověď velmi dobrý. Tuto možnost uvedlo 30% (30) dotazovaných. Na dalším místě byla odpověď spíše dobrý, kterou uvedlo 21% (21) osob. Nejmenší počet odpovědí obsahovala možnost spíše špatný, kterou uvedli jen 2% (2) respondentů. U možností špatný a velmi špatný jsem nezaznamenala žádnou odpověď.



Otázka č. 4 se zabývá komunikací mezi lékařem a pacientem. Cílem této otázky bylo zjistit, jak by respondenti ohodnotili komunikaci se svým obvodním lékařem. Tato otázka je stěžejní pro potvrzení či vyvrácení předpokladu č. 1. Díky odpovědím na dotazníkové otázky č. 3 a č. 4 jsem došla ke zjištění, že předpoklad č. 1 není zcela potvrzen. Odpovědi na tyto dvě otázky se shodují. Proto je zřejmé, že vztah a komunikace spolu úzce souvisejí. Lze říci, že komunikace lékaře s pacientem je na stejné úrovni jako jejich vztah.

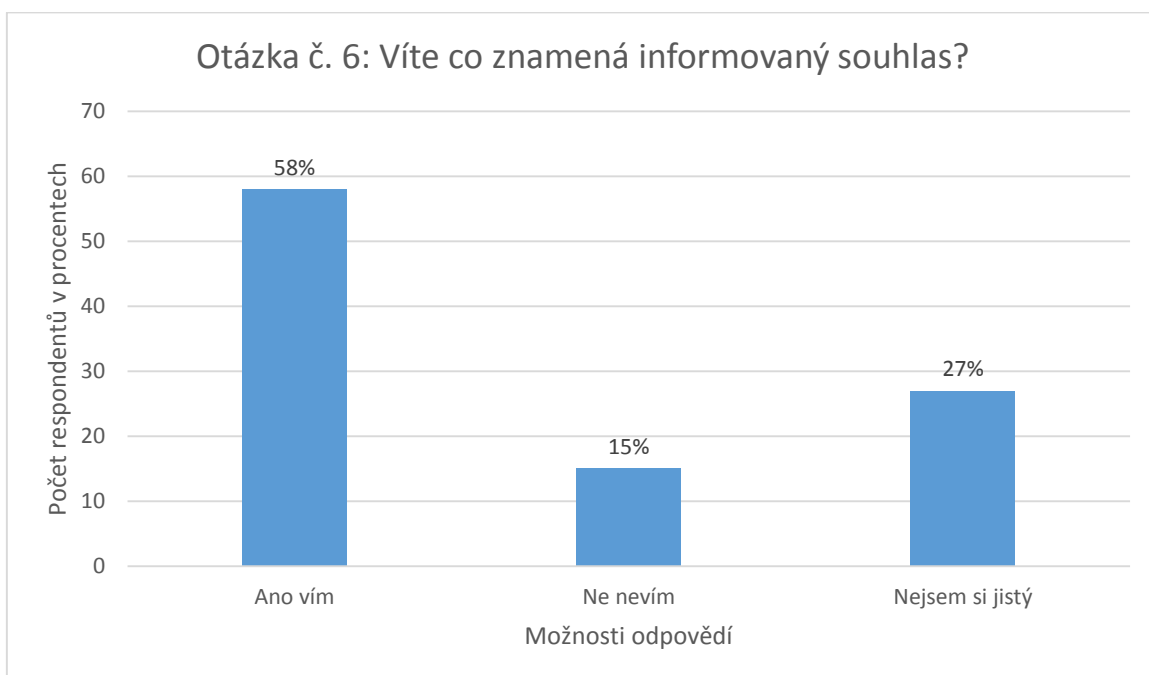


Otázka č. 5: Jak dobře (dostatečně, srozumitelně...) jste byli informováni o svém zdravotním stavu od svého obvodního lékaře nebo od odborného lékaře? Se zabývá **předpokladem č. 2**, který předpokládá, že většina dotazovaných není dobře informována o svém zdravotním stavu.

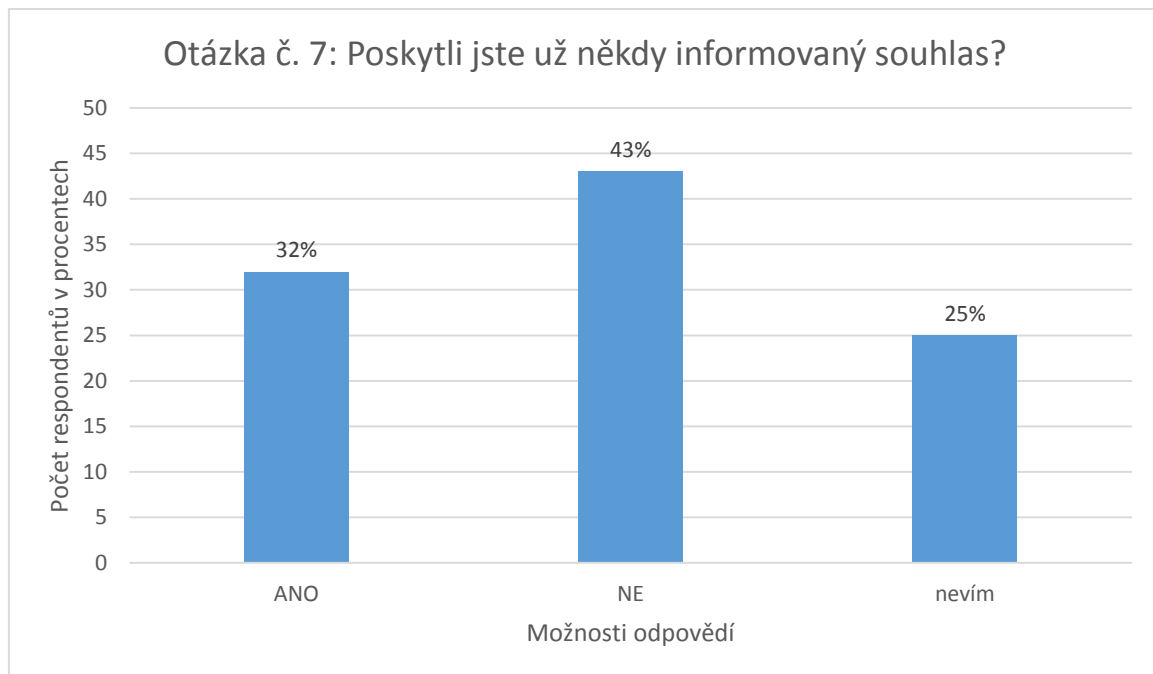


Nejvyšší hodnotu má opět možnost dobře. Tuto možnost uvedlo 43% (43) dotazovaných. Další největší procento odpovědí tvořila odpověď velmi dobře s 37% (37) odpověďmi a také odpověď spíše dobře s 18% (18) odpověďmi. Jen 2% (2) respondentů uvedli možnost spíše špatně. Zbylé dvě možnosti špatně a velmi špatně neoznačil žádný z dotazovaných. Předpoklad se tedy nepotvrdil.

Předpoklad č. 3 předpokládá, že většina pacientů neví, co znamená informovaný souhlas. Tímto předpokladem se zabývají **otázky č. 6 a č. 7**. **Otázka č. 6:** Víte co znamená informovaný souhlas? **Otázka č. 7:** Poskytli jste už někdy informovaný souhlas?

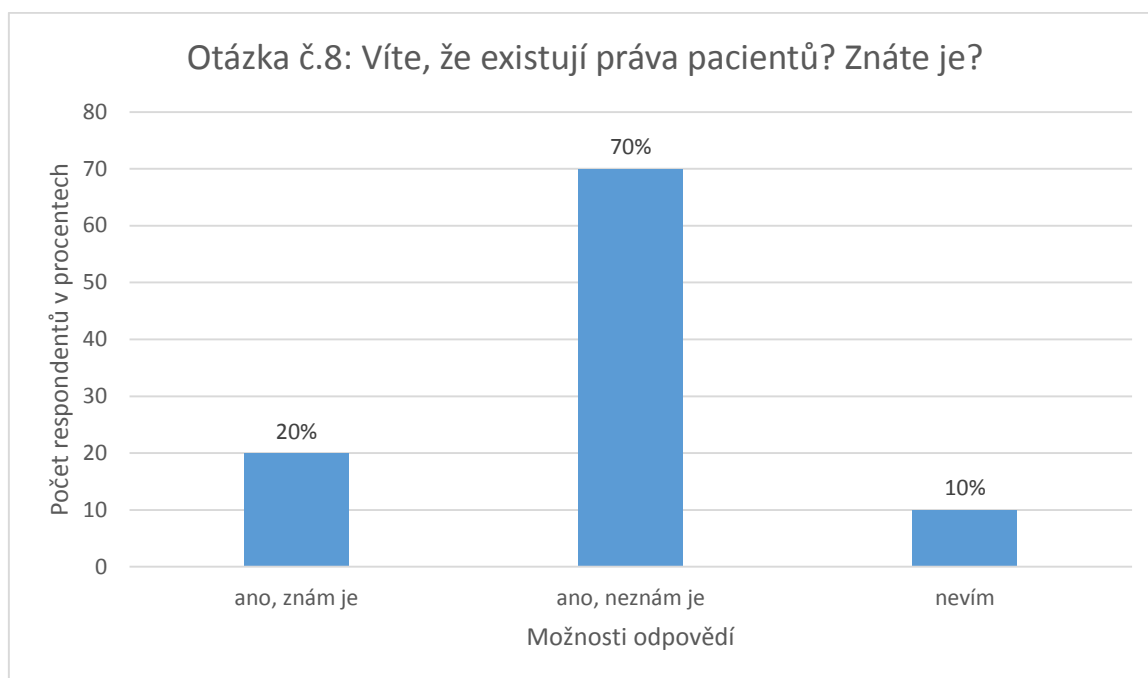


U **otázky č. 6** uvedlo 58% (58) respondentů, že ví, co znamená informovaný souhlas. 18% (18) dotazovaných uvedlo, že si nejsou jisti a 15% (15) uvedlo, že neví, co informovaný souhlas znamená.



U **otázky č. 7** odpovědělo 43% (43) respondentů, že nikdy neposkytli informovaný souhlas. 32% (32) dotazovaných odpovědělo kladně, tedy, že informovaný souhlas poskytli a zbytek dotazovaných tedy 25% (25) odpovědělo, že neví, jestli někdy informovaný souhlas poskytli. Znamená to tedy, že většina pacientů ví, co znamená informovaný souhlas, ale neví o všech formách informovaného souhlasu. Pokud by o nich věděli, nemohla by většina respondentů u otázky č. 7 odpovědět, že informovaný souhlas nikdy neposkytli. Předpoklad byl tedy tímto výzkumem potvrzen.

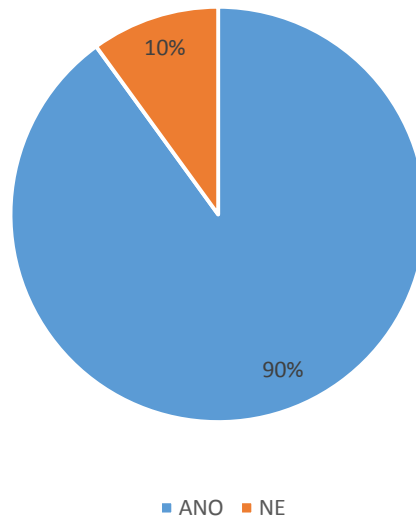
Předpoklad č. 4 předpokládá, že většina respondentů neví o právech pacientů. Tomuto předpokladu se věnuje **otázka č. 8**: Víte, že existují práva pacientů? Znáte je?



Z odpovědí respondentů vyplývá, že většina dotazovaných (70%) ví, že existují práva pacientů, ale nezná je. 20% (20) dotazovaných uvedlo, že ví a zná práva pacientů. Zbytek dotazovaných tedy 10% (10) odpovědělo, že neví o právech pacientů. Předpoklad se nepotvrdil, protože většina dotazovaných uvedla, že ví o právech pacientů. Otázkou ovšem zůstává, jaká práva pacientů dotazovaná populace zná. Z výzkumu jednoznačně vyplývá, že výzkumná populace o právech pacientů ví, ale nezná je všechny.

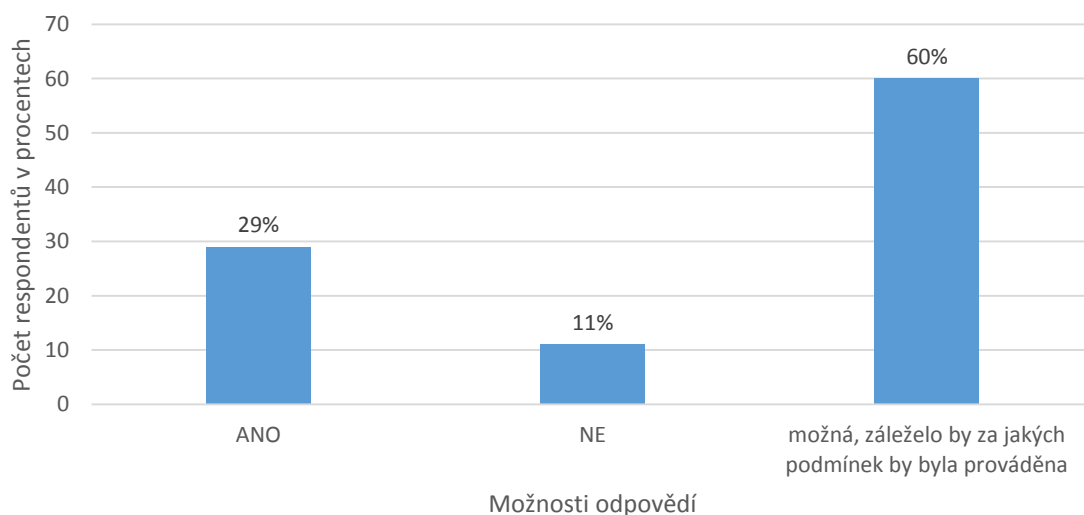
Předpoklad č. 5 se zabývá předpokladem, že většina výzkumné populace by nesouhlasila se zavedením euthanasie v České republice. Této problematice se věnuje dotazníková **otázka č. 9**: Víte co znamená euthanasie? **Otázka č. 10**: Souhlasili byste se zavedením euthanasie v České republice? **Otázka č. 11**: Za jakých podmínek by měla být prováděna? **Otázka č. 12**: Kdo by podle Vás měl tuto službu provádět? **Otázka č. 13**: Víte, jaký je rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasí? **Otázka č. 14**: Lékař, který by podal pacientovi smrtící látku na jeho požádání, provádí.

Otázka č. 9: Víte co znamená euthanasie?



U otázky č. 9 90% (90) respondentů uvedlo, že vědí, co znamená euthanasie a 10% (10) uvedlo, že neví, co euthanasie znamená. Je tedy zřejmé, že většinová část výzkumné populace je informována o tom co euthanasie znamená.

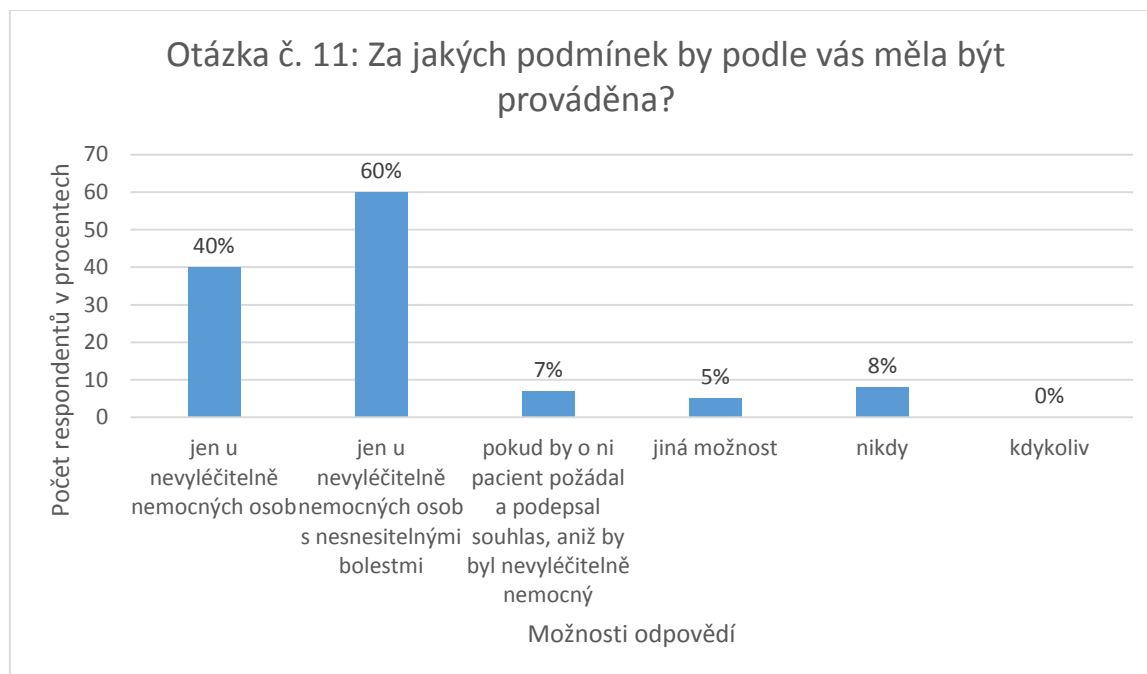
Otázka č. 10: Souhlasili byste se zavedením euthanasie v České republice?



Z této výzkumné otázky č. 10 vyplývá, že většina dotazované populace – 60% (60) respondentů, by se zavedením euthanasie možná souhlasilo. Záleželo by, za jakých podmínek by byla euthanasie prováděna. Dále 29% (29) dotazovaných osob uvedlo, že by se zavedením souhlasilo a zbytek dotazovaných, tedy 11% (11) uvedlo odpověď NE. Tedy, že by

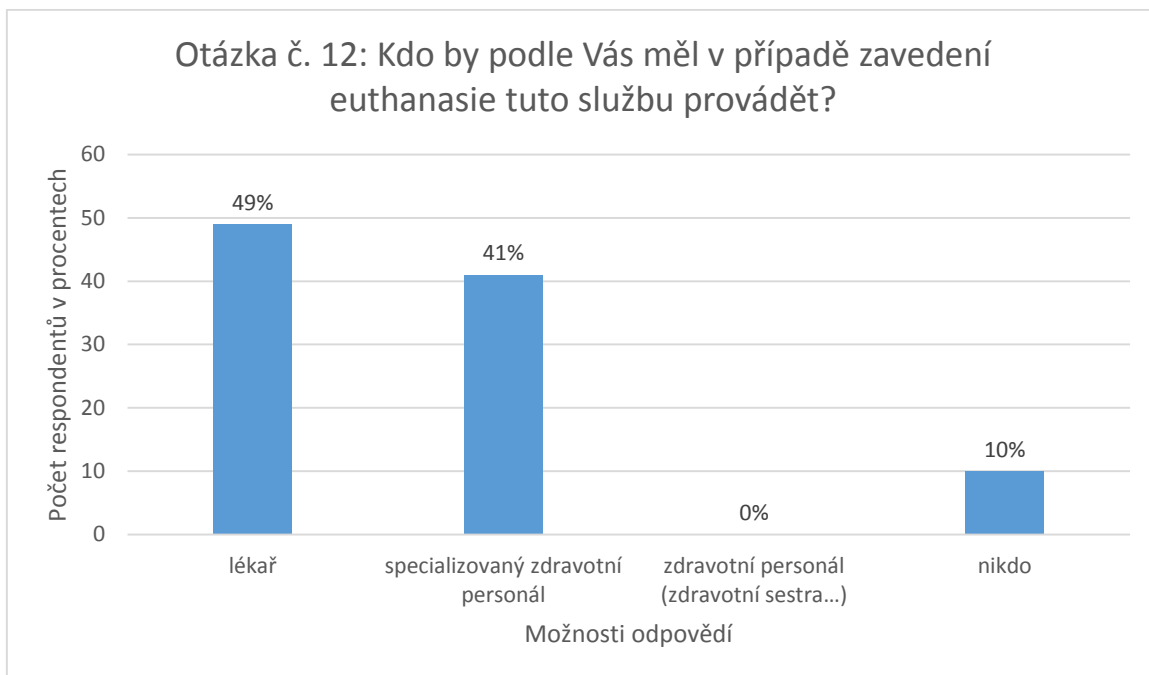
se zavedením euthanasie v České republice nesouhlasilo. Předpoklad č. 5 se tedy nepotvrdil, protože většina dotazované populace uvedla, že by se zavedením možná souhlasila.

Otázka č. 11: Za jakých podmínek by podle Vás měla být prováděna? Zkoumá názory dospělé populace Jihočeského kraje na to, za jakých podmínek by v případě zavedení euthanasie měla být prováděna. U této otázky byla možnost označit více možností najednou.



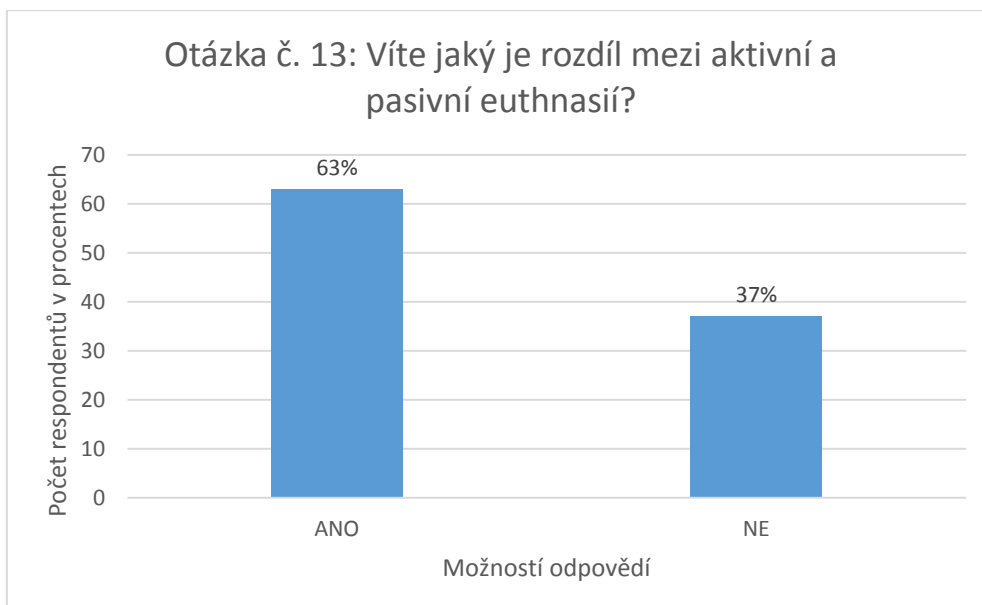
Tato dotazníková otázka se zaměřila na názory ohledně podmínek zavedení euthanasie v České republice. U této otázce byla možnost zvolení více odpovědí. Největší počet označených odpovědí získala možnost jen u nevléčitelně nemocných osob s nesnesitelnými bolestmi. Tato možnost získala 60% (60) označení. Druhou nejčastěji označenou možností byla možnost jen u nevléčitelně nemocných osob. Tato možnost získala 40% (40) označení. Další možnosti získali podstatně méně označení. Možnost nikdy byla označena 8% (8) osob, možnost pokud by o ni pacient požádal a podepsal souhlas, aniž by byl nevléčitelně nemocný byla označena 7% (7) osob, dále možnost jiná možnost byla označena 5% (5) osob a poslední možnost kdykoliv nebyla označena vůbec. U jednotlivých dotazníků byly nejčastěji označovány první a druhá možnost odpovědi současně. Z této dotazníkové otázky tedy vyplývá, že nejčastěji by respondenti volili možnost euthanasie u osob s nevléčitelným onemocněním a také s nesnesitelnými bolestmi.

Otázka č. 12: Kdo by podle Vás měl v případě zavedení euthanasie tuto službu provádět? Se zabývá zkoumáním názorů dospělé populace na to, kdo by měl provádět euthanasii v případě jejího zavedení.

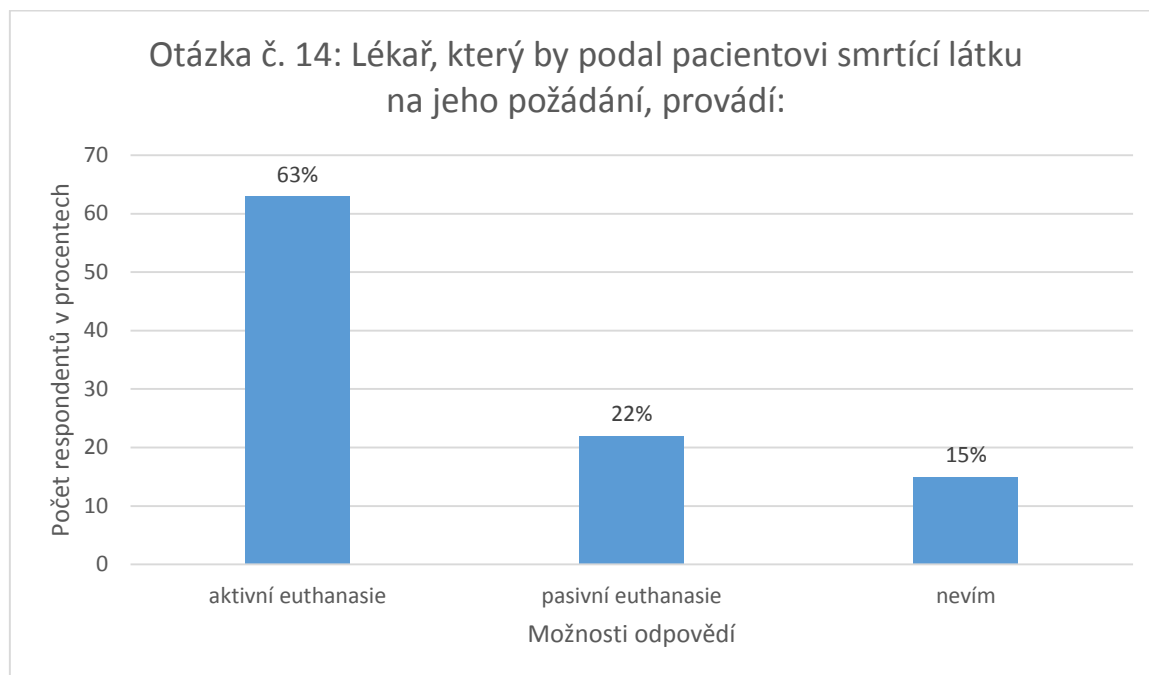


U této otázky byla nejčastěji označována odpověď lékař. Tuto možnost zvolilo 49% (49) dotazovaných respondentů. Další možnost tedy specializovaný zdravotní personál označilo 41% (41) respondentů. Možnost nikdo označilo 10% (10) dotazovaných. Možnost zdravotní personál (zdravotní sestra...) neoznačil nikdo z respondentů. Z této výzkumné otázky vyplývá, že v podstatě polovina dotazované populace, by tuto službu nechala provádět lékaře. Méně než polovina respondentů, by tuto službu nechala vykonávat specializovaný zdravotní personál. Zbýlých 10% (10) dotazovaných uvedlo možnosti nikdo z důvodu, že by nebyli pro zavedení euthanasie.

Další dvě dotazníkové otázky se zabývají aktivní a pasivní euthanasií. **Otázka č. 13:** Víte, jaký je rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasií? Zjišťuje, zda dotazovaná populace zná rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasií. **Otázka č. 14:** Lékař, který by podal pacientovi smrtící látku na jeho požádání, provádí. Cílem této otázky bylo pomocí příkladu zjistit, zda respondenti poznají rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasií.



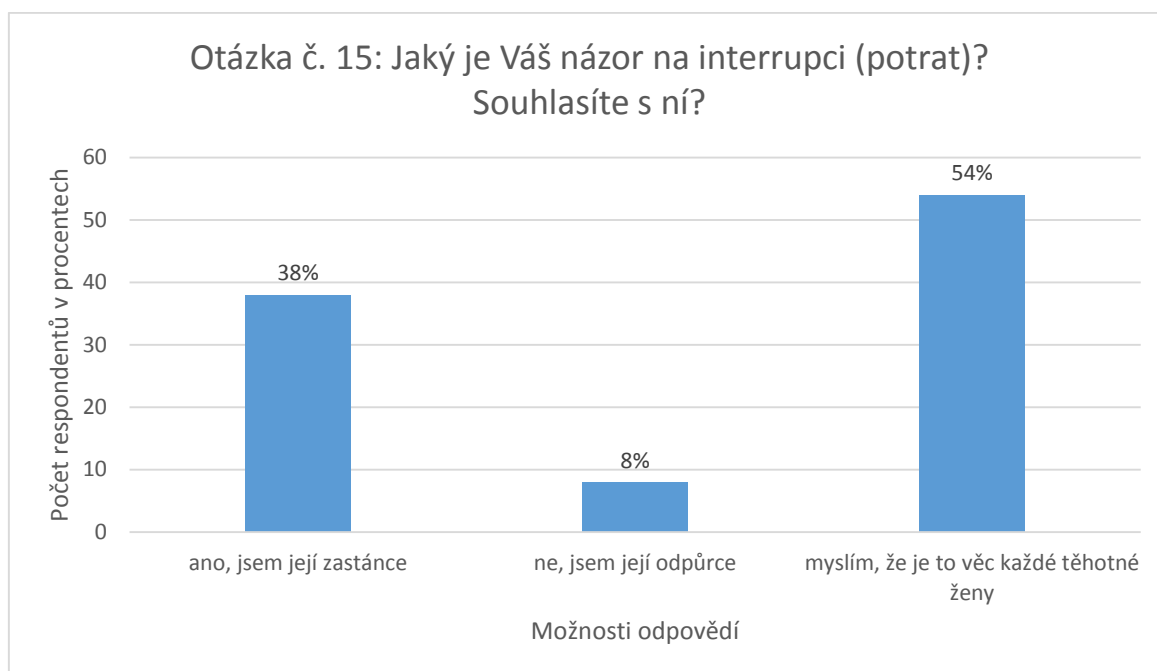
U této otázky uvedlo 63% (63) dotazovaných, že ví jaký je rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasií. Zbýlých 37% (37) respondentů uvedlo, že neví jaký je rozdíl mezi těmito dvěma druhy euthanasie. Z této výzkumné otázky vyplývá, že většina výzkumné populace zná rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasií.



Otázka č. 14 potvrdila, že většina respondentů ví, co znamená aktivní euthanasie. U konkrétního příkladu u této otázky se u respondentů potvrdila znalost této problematiky. 63% (63) respondentů uvedlo správnou možnost tedy, že se v tomto případě jedná o aktivní euthanasii. 22% (22) dotazovaných uvedlo u tohoto příkladu špatnou možnost pasivní euthanasie a zbylých 15% (15) osob z výzkumné populace uvedlo možnost nevím.

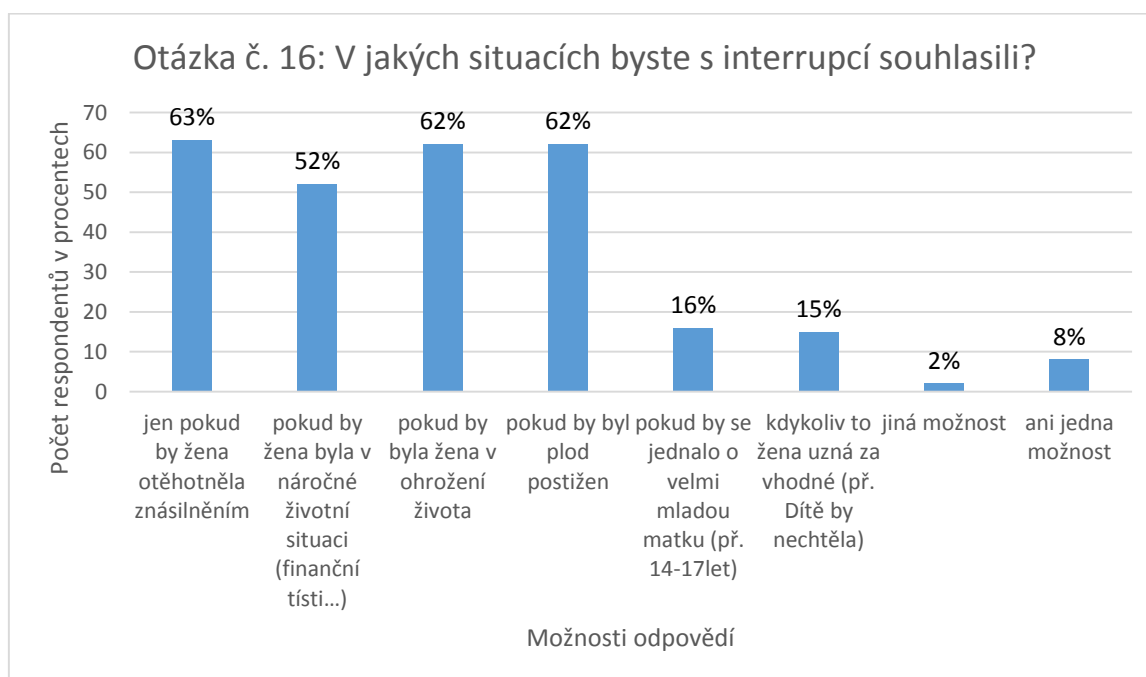
Předpokladem č. 6 se zabývá **otázka č. 15**: Jaký je Váš názor na interrupci (potrat)? Souhlasíte s ní? A **otázka č. 16**: V jaké situaci byste s interrupcí souhlasili? Tento předpoklad předpokládá, že většina zkoumané populace připouští interrupci jen v nejnnutnějších případech a životních situacích.

Otázka č. 15 zkoumá názor výzkumné populace ohledně interrupce. Kolik z dotazovaných osob je zastáncem interrupce a kolik z nich je její odpůrce.



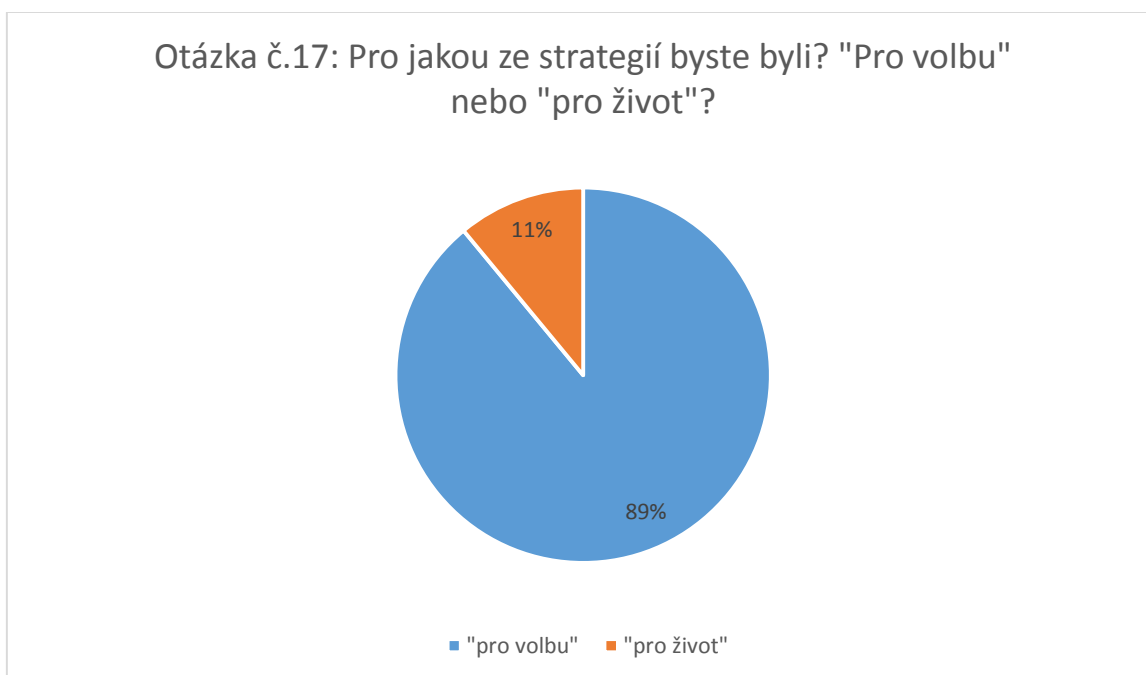
Z této výzkumné otázky vyplývá, že více než polovina dotazované populace zastává názor, že otázka interrupce je věc každé těhotné ženy. Tuto možnost proto uvedlo 54% (54) respondentů. Druhý nejvyšší počet označení získala možnost ano, jsem její zastánce. Tuto možnost uvedlo 38% (38) dotazovaných osob. Nejméně byla označena možnost ne, jsem její odpůrce. Tato možnost, byla označena pouze 8% (8) respondentů. Z této výzkumné otázky je patrné, že většina dotazované populace by rozhodnutí ohledně interrupce ponechala na těhotné ženě.

Otázka č. 16 se zabývá konkrétními situacemi, ve kterých by měla být interrupce prováděna. Tato otázka je zásadní při potvrzení či vyvrácení předpokladu č. 6. U této otázky byla možnost označit více možností.



Z výzkumné otázky č. 16 vyplývá, že většina dotazované populace, by souhlasila s interrupcí v závažných životních situacích, jako je otěhotnění ženy znásilněním, pokud by byla žena v ohrožení života nebo pokud by byl plod postižen. Možnost, pokud by žena otěhotněla znásilněním, označilo 63% (63) dotazovaných osob. Další dvě nejčastěji označované možnosti, tedy pokud by byla žena v ohrožení života, a pokud by byl plod postižen, označilo 62% (62) dotazovaných osob. Možnost, pokud by byla žena v náročné životní situaci, označilo 52% (52) respondentů. Zbývající možnosti získali mnohem méně označení. Možnost, pokud by se jednalo o velmi mladou ženu, byla označena 16% (16) dotazovanými. Možnost kdykoliv to žena uzná za vhodné, označilo 15% (15) respondentů. Možnost ani jedna možnost byla označena 8% (8) osob a poslední možnost jiná možnost byla označena 2% (2) dotazovaných osob. Předpoklad č. 6 byl tedy tímto výzkumem potvrzen, protože většina výzkumné populace, by interrupci připouštěla jen v nejnútnejších případech a životních situacích.

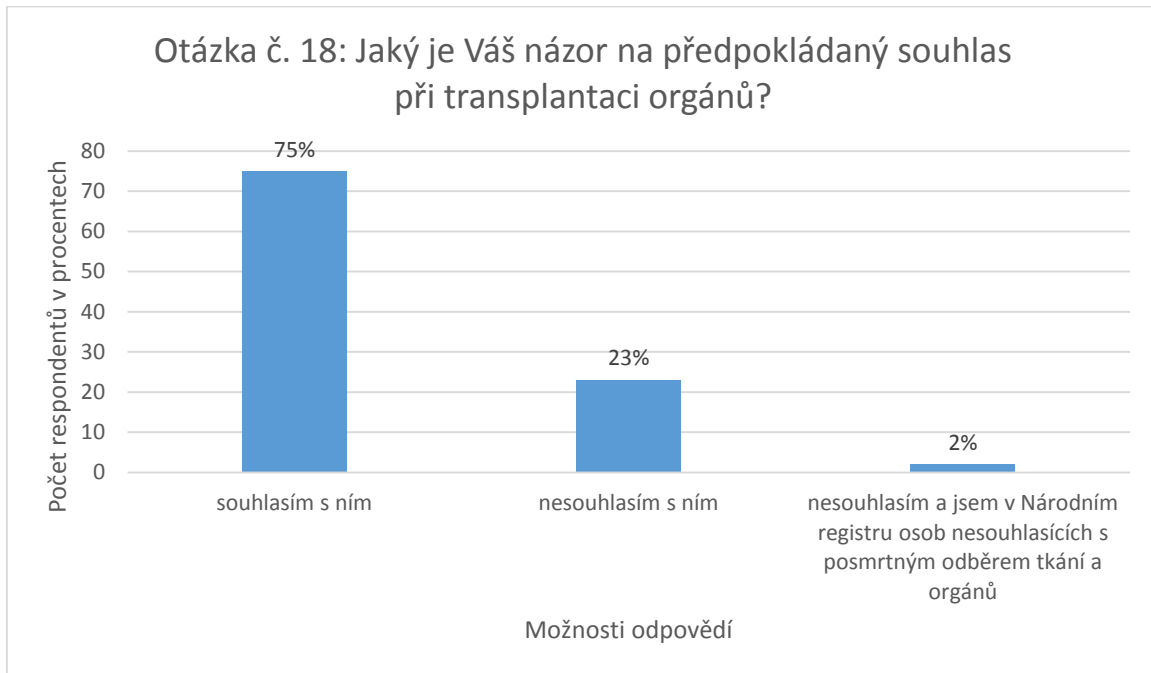
Předpoklad č. 7 se zabývá také interrupcí. Tento předpoklad předpokládá, že většina výzkumné populace tvrdí, že život začíná od oplodnění, je tedy pro strategii „pro život“. S tímto předpokladem souvisí **otázka č. 17**: Existují 2 strategie: „pro život“, která považuje interrupci za vraždu a říká, že život začíná od oplodnění. A strategie „pro volbu“, která ji neodsuzuje a říká, že volba je na ženě. Pro jakou z těchto dvou strategií byste byli?



Z této výzkumné otázky je patrné, že většina výzkumné populace se přiklání k teorii „pro volbu“. Tedy, že interrupci neodsuzují a nechávají rozhodnutí na každé ženě. 89% (89) respondentů uvedlo, že je pro teorii „pro volbu“ a jen 11% (11), že je spíše pro teorii „pro život“, tedy, že považují interrupci za vraždu, protože život začíná od oplodnění. Předpoklad byl touto výzkumnou otázkou vyvrácen.

Předpoklad č. 8 se zabývá předpokládaným souhlasem při transplantaci orgánů. S tímto předpokladem souvisí **otázka č. 18**: Víte, že v ČR existuje u transplantací strategie „opting out“, tedy taková, která předpokládá souhlas s darováním orgánů po smrti pacienta. A jen pokud před smrtí podá pacient žádost, že si nepřeje být dárce, tak jeho orgány nejsou odebrány? Jaký je Váš názor na předpokládaný souhlas při transplantaci orgánů? Předpoklad

předpokládá, že většina výzkumné populace souhlasí s předpokládaným souhlasem při transplantaci orgánů po smrti pacienta.



Podle výzkumu bylo zjištěno, že na tuto otázku odpovědělo 75% (75) dotazovaných osob kladně, tedy, že souhlasí s předpokládaným souhlasem u posmrtného odběru orgánů a tkání. 23% (23) respondentů označilo možnost, nesouhlasím s ním. A pouze 2% (2) respondentů uvedli, že nesouhlasí a jsou v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Předpoklad, který předpokládá, že většina výzkumné populace souhlasí s předpokládaným souhlasem, byl potvrzen.

9. Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit názory dospělé populace Jihočeského kraje na vybrané etické problémy v péči o zdraví. Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila kvantitativní výzkum, dotazníkovou metodu, které se zúčastnilo celkem 100 osob, v poměru 58 žen a 42 mužů, ve věkovém rozmezí 18 až 65 let. V této části práce se budu věnovat získaným výsledkům mého výzkumu, které budu porovnávat s informacemi získanými z odborné literatury.

Jako prvnímu problému jsem se věnovala názorům na vztah lékaře s pacientem a na jejich vzájemnou komunikaci. Z výzkumného dotazníku bylo zjištěno, že skoro polovina - 47% dotazované populace má dobrý vztah se svým obvodním lékařem. Jako druhou nejvyšší hodnotu - 30% měla možnost velmi dobrý vztah. Od této skutečnosti se odvíjí komunikace mezi lékařem a pacientem. Většina respondentů - 77% uvedla, že pokud mají se svým obvodním lékařem dobrou nebo velmi dobrou komunikaci pak i jejich vztah je na dobré úrovni. V odborné literatuře Etika a komunikace v medicíně, od autorů Ptáčka, Bartůňka a kol., se hovoří o lékařské etice, která probíhala v minulosti. Je zřejmé, že lékařská etika byla v minulosti zcela odlišná o této současné. Největší rozdíl nalezneme ve vztahu lékaře s pacientem, který byl v minulosti mnohem důvěrnější, než je dnes. Pacient lékaři více důvěřoval a mnohdy jejich vztah nezůstával jen na úrovni lékaře s pacientem, ale posunul se na přátelský vztah. Dále se odborná literatura zmiňuje o tom, že komunikace mezi lékařem a pacientem byla na lepší úrovni, ale zhoršila se s příchodem technologií do lékařství. Je to velmi komplikovaná situace, při které dochází ke zlepšení na jedné straně z důvodu vynalezení nové technologie, která dokáže mnohem více pomoci při dříve neřešitelných situacích, ale na straně druhé dochází ke zhoršení v komunikaci mezi lékařem a pacientem, protože nové technologie dokáží mnohdy diagnostikovat problém pacienta, aniž by ho lékař musel vidět. Podle Ayerse a de Vissera je komunikace mezi lékařem a pacientem velmi důležitá z důvodu napomáhání lepšího dodržování léčby. Při správné komunikaci může být pacient lékaři mnohem otevřenější a léčba se tak stane mnohem jednodušší. Podle Šrámkové máme několik forem komunikace nejen mezi lékařem a pacientem. Jedná se o formu písemnou, která může být brána jako lékařská zpráva. Dále forma verbální, se kterou se setkáváme nejčastěji. A také forma neverbální, která může probíhat v případě vyšetření, kdy lékař z výrazu tváře pacienta může poznat, kde například pociťuje bolest a také pacient z výrazu tváře lékaře může poznat, co si lékař myslí.

Dalším problémem, kterým se zabýval kvantitativní výzkum této bakalářské práce, byla problematika euthanasie. Zjišťovala jsem názory dospělé populace Jihočeského kraje na zavedení euthanasie v České republice, dále za jakých podmínek by měla být prováděna a kdo by tuto službu měl provádět. Z výzkumného dotazníku bylo zjištěno, že většina dotazované populace - 60%, by možná se zavedením euthanasie souhlasila, ale záleželo by, za jakých podmínek by byla prováděna. Jako podmínky provádění euthanasie nejvíce dotazovaných 60% uvedlo možnost u nevléčitelně nemocných a u nevléčitelně nemocných s nesnesitelnými bolestmi. V odborné literatuře Euthanasie nebo paliativní medicína od Munzarové a v literatuře Euthanasie – pro a proti od Ptáčka a Bartůňka, euthanasii odmítají, stejně jako většina jiných autorů a lékařů v České republice. Z lékařského hlediska se jedná o něco naprosto neetického. Autoři odkazují také na to, že dnešní medicína je na tak vysoké úrovni, že nechat člověka trpět nesnesitelnými bolestmi není možné ani etické. Proto autoři odkazují právě na tuto skutečnost, která euthanasii zavrhuje. U lidí, kteří vzhledem ke své

diagnóze mají jakékoliv bolesti, je na prvním místě právě tyto bolesti odstranit nebo alespoň zmírnit. V odborné literatuře proto odmítají argument nesnesitelné bolesti pro zavedení euthanasie v České republice. Dále čeští autoři jako Jiří Šimek v díle Lékařská etika a Bártlová v díle Sociologie medicíny a zdravotnictví poukazují na pasivní euthanasii, která v dnešní době také není zcela dostatečně pochopitelná. Dnešní vyspělé technologické možnosti připouštějí možnost udržovat lidský život za pomoci lékařských přístrojů. Tato problematika je podle mého názoru jednou z nejvíce komplikovaných a diskutabilních. Na jedné straně se může jednat o udržování lidského života, který nevykazuje žádné zlepšení a jeho aktivita je zajišťována pouze přístroji a na druhé straně se díky právě těmto přístrojům v případě jejich odpojení od těla pacienta jedná o pasivní euthanasii. Dále jsem zjišťovala názory na osobu, která by právě tuto službu měla vykonávat v případě zavedení euthanasie v České republice. Z výzkumného dotazníku bylo zjištěno, že téměř polovina výzkumné populace - 49% uvedla, že by tuto službu měl provádět lékař. Druhou nejvyšší hodnotou – 41% byl uveden specializovaný zdravotnický personál. V porovnání tedy s odbornou literaturou bylo zjištěno, že názory populace Jihočeského kraje se liší od názorů, které jsou uvedeny v teoretické části této bakalářské práce.

Dalším hlavním tématem této práce jsou názory na interrupci. V dotazníkovém výzkumu jsem zjišťovala kolik osob z dotazované populace je zastánce a kolik odpůrce interrupce a dále za jakých okolností by byla podle nich interrupce přípustná. V této oblasti jsem se snažila o potvrzení či vyvrácení předpokladu, který předpokládá, že většina dotazované populace by interrupci připustila pouze v nejzávažnějších případech a životních situacích. Tento předpoklad se mi potvrdil, protože většina respondentů - 62% uvedla, že by interrupci připouštěli, pokud by byla žena v ohrožení života nebo pokud by byl plod postižen. Dále jsem zjišťovala, ke které strategii se přiklání dotazovaná populace ohledně interrupce. Zda jsou nakloněni spíše ke strategii „pro volbu“ nebo pro strategii „pro život“. Bylo zjištěno, že většina populace – 89% se přiklání ke strategii „pro volbu“. Informace o problematice interrupce jsem získávala z odborné literatury Čtyři pohledy na interrupci od autorů Bahounek, Fukalová, Man a kol. V České republice je interrupce povolena. Do 12. týdne těhotenství může žena požádat o interrupci bez udání důvodu. Interrupce může být tedy provedena i v případě, že dítě prostě nechce. Po 12. týdnu těhotenství se interrupce provádí, jen pokud je zjištěna nějaká vada plodu nebo pokud dojde ke zjištění ohrožení života ženy. Do 12. týdne těhotenství se provádí tzv. miniinterrupce. Interrupce se provádí do 24. týdne těhotenství. Dále se hovoří o dvou strategiích pohledu na interrupci. „Pro volbu“ nebo „pro život“. Zastánci interrupce, kteří se přiklání ke strategii „pro volbu“ jsou názoru, že život začíná až od narození a že dítě není schopné samostatného života bez těla matky, proto tvrdí, že žena má právo na interrupci kdykoliv to uzná za vhodné. Naopak příznivci strategie „pro život“ jsou názoru, že život začíná od oplodnění, protože je předána všechna genetická informace a jedná se tedy o samostatnou bytost. Příznivci této strategie zastávají názor, aby byla interrupce v České republice zakázána.

V oblasti transplantace bylo mým cílem zjistit pomocí výzkumného dotazníku, zda respondenti souhlasí, či nesouhlasí s předpokládaným souhlasem u posmrtného odběru orgánů a tkání. Z výzkumu bylo zjištěno, že většina dotazované populace – 75% s předpokládaným souhlasem souhlasí. Zajímavé zjištění pro mě bylo to, že skoro polovina dotazovaných o tomto předpokládaném souhlasu neví. Za 100 dotazovaných osob pouze 2% uvedli, že jsou v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem orgánů a tkání. V odborné literatuře, kterou jsem použila v této bakalářské práci Odběry orgánů a

tkání od Baláže, Petera a kol., se hovoří o dělení dárců orgánů na dvě skupiny. Jednou skupinou jsou žijící dárce, do kterých můžeme zařadit dárce příbuzenského stavu nebo dárce, kteří se shodují znaky pro darování orgánů. Druhou skupinu tvoří dárce zemřelý. V publikaci Lékařský výzkum a etika od Munzarové, se dnešní medicína velmi často setkává s problémem tzv. „smrti mozku“, který u zemřelých dárců velmi často nastává. Jedná se o problematiku toho, kdy můžeme jednoznačně říci, že je dárce skutečně po smrti a je možné darované orgány odebrat. Díky dnešním technickým možnostem není problém udržovat životní funkce člověka pomocí přístrojů. V takových situacích nastává velmi složitá situace, kdy jasně a nepochybně určit smrt člověka. V této práci jsem zjišťovala názory na předpokládaný souhlas při transplantaci orgánů a tkání, který je popsán v publikaci Odběry orgánů a tkání od Baláže, Petera a kol. V České republice je zaveden předpokládaný souhlas při posmrtné transplantaci orgánů, který při smrti pacienta automaticky předpokládá, že by souhlasil s odběrem orgánů pro transplantaci. Zároveň ale platí předpokládaný nesouhlas, kdy u smrti pacienta musí být poskytnut souhlas rodiny s posmrtným darováním orgánů zemřelého. V České republice je možnost zaregistrování do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem orgánů a tkání. Člověk má také možnost vyjádřit nesouhlas tak, že před svou smrtí tento nesouhlas vyjádří před lékařem a jedním svědkem.

Dále jsem se ve výzkumném dotazníku věnovala problematice informovaného souhlasu. V dotazníku k bakalářské práci jsem zjišťovala, zda lidé vědí, co informovaný souhlas znamená. Více než polovina dotazovaných – 58% na tuto otázku uvedla, že ano. Z mého pohledu zajímavé ale bylo, když při další otázce zda informovaný souhlas už někdy poskytli, skoro polovina respondentů – 43% uvedla, že ne. Domnívám se proto, že dospělá populace Jihočeského kraje není dostatečně informována o všech formách informovaného souhlasu. Pokud by věděli, co informovaný souhlas znamená a znali všechny jeho formy, nemohli by uvést, že ho nikdy neposkytli. Myslím si, že konkludentní formu informovaného souhlasu nezná většina, nebála bych se říci, že všichni dotazovaní. V odborné literatuře Informovaný souhlas – proč a jak? Od Haškovcové se hovoří o tom, že informovaný souhlas by měl být v každém případě dobrovolný a každý by o něm měl rozhodovat sám a neměl by se nechat nikým ovlivnit. Je ale samozřejmostí, že každý člověk pro své rozhodování potřebuje slyšet i názor někoho druhého. Nebývá proto výjimkou, že se pacient obrací s prosbou o radu také na svého lékaře. Ten by měl pacientovi svůj názor říct, ale v žádném případě by neměl pacienta v jeho rozhodnutí ovlivňovat, nebo snad nutit. Další odborná literatura Zdravotnická dokumentace v praxi od Policara se zabývá konkrétními formami informovaného souhlasu. Zde je popsáno rozdělení forem informovaného souhlasu na ústní, písemnou a konkludentní. S písemnou formou informovaného souhlasu se nejčastěji setkáváme u například amputací končetin, asistované reprodukce, umělého přerušení těhotenství a dalších. Forma, která je podle mého názoru nejméně známá u veřejné populace, je forma konkludentní. Tato forma spočívá v neverbální podobě informovaného souhlasu. Může se jednat například o to, když chce zdravotní sestra odebrat pacientovi krev a tuto informaci mu sdělí, pacient si začne automaticky vyhrnovat rukáv a nevykazuje žádné známky nesouhlasu s tímto úkonem. Podle mého názoru lidé, například v této situaci ani nevědí, že podávají informovaný souhlas.

Výsledky z této práce jsem také srovnávala s výsledky práce mojí spolužačky, která měla svoji bakalářskou práci zaměřenou na stejné téma jen s tím rozdílem, že výzkum prováděla u studentů Jihočeské univerzity. Pro dotazování jsme použili stejný dotazník.

U prvního tématu, který jsem srovnávala s její prací, tedy vztah lékaře s pacientem a jejich vzájemná komunikace, byli její výsledky následovné. Nejvyšší hodnoty u otázky Jaký je Váš vztah s obvodním lékařem? Dosáhly odpovědi dobrý s hodnotou 35% a spíše dobrý – 32%. U mého výzkumu byly nejvíce označovány možnosti dobrý – 47% a velmi dobrý – 30%. U otázky Jak byste ohodnotili komunikaci Vašeho obvodního lékaře s Vámi? Byly v bakalářské práci spolužačky nejvíce označovány možnosti dobrá – 35% a spíše dobrá – 26%. v porovnání s mým výzkumem byly nejvíce označovány možnosti dobrá – 47% a velmi dobrá – 30%.

Další téma, které bylo předmětem výzkumného dotazníku, bylo zjištění názorů na zavedení euthanasie v České republice. Názory studentů Jihočeské univerzity, které zjišťovala moje spolužačka, byly takové, že nejvyšší hodnotu měla možnost c) možná, záleželo by za jakých podmínek, by byla prováděna – 69,5%. V mém výzkumném dotazníku bylo označeno podobné procento této možnosti – 60%. Nejčastěji označované možnosti podmínek pro provádění euthanasie byly u studentů Jihočeské univerzity i u dospělé populace stejné. U studentů Jihočeské univerzity byly označeny možnosti u nevléčitelně nemocných osob – 75% a u nevléčitelně nemocných s nesnesitelnými bolestmi – 28%. U dospělé populace byly procenta odpovědí u možnosti u nevléčitelně nemocných osob – 60% a u možnosti u nevléčitelně nemocných osob s nesnesitelnými bolestmi také 60%.

V problematice interrupce byli výsledky studentů Jihočeské univerzity, které zjišťovala moje spolužačka následující. V otázce Jste zastánce nebo odpůrce interrupce? Nejvyšší hodnotu dosáhla možnost c) myslím, že je to věc každé těhotné ženy – 74%. V mém výzkumu, který zjišťoval názory dospělé populace, dosáhla tato odpověď také nejvyšší hodnoty – 54%. V otázce Za jakých podmínek byste interrupci připouštěli? Dosáhli nejvyšších hodnot možnosti pokud, by žena otěhotněla znásilněním – 87%, pokud, by byla žena v ohrožení života – 84% a možnost pokud, by byl plod postižen – 79%. Tyto hodnoty byly zjištěny u studentů Jihočeské univerzity. U dospělé populace Jihočeského kraje byly zjištěny nejvyšší hodnoty u možností pokud, by byla žena v ohrožení života a pokud, by byl plod postižen. Obě možnosti dosáhli 62%. V problematice interrupce jsem také srovnávala výsledky v otázce: Jste pro strategii „Pro volbu“ nebo „Pro život“? Většina studentů Jihočeské univerzity uvedla možnost „pro volbu“ – 82%. Stejně tomu bylo i u dospělé populace Jihočeského kraje. Možnost „pro volbu“ uvedlo 89%.

Jako poslední téma pro srovnávání byla problematika transplantace orgánů a tkání. Otázka, kterou jsem srovnávala s výzkumem její spolužačky, byla: Souhlasíte s předpokládaným souhlasem při posmrtné transplantaci orgánů a tkání? Většina studentů Jihočeské univerzity označila odpověď ano, souhlasím s ním – 81%. Stejně tak tomu bylo i u dospělé populace, kde tuto odpověď označilo – 75%.

Dále bych ve své bakalářské práci chtěla odkázat na studie, které byly prováděny na danou problematiku, kterou se tato práce zabývá. V problematice euthanasie bych chtěla odkázat na studii bakalářské práce, která byla provedena v roce 2012. Autorem této práce je studentka Iveta Martínková ze Západočeské univerzity v Plzni a tématem její práce byl Postoj veřejnosti a zdravotníků k problematice Eutanazie. V jejím výzkumu byla použita stejná otázka jako v mé práci týkající se souhlasu s uzákoněním eutanazie v České republice. Jejího výzkumu se zúčastnilo 60 osob laické veřejnosti západočeského kraje. Na tuto otázku odpovědělo kladně, tedy souhlasím – 53% osob. Nesouhlasím, uvedlo 25% osob a možnost nevím uvedlo 22% osob. Další otázka, která se objevila v jejím i v mém výzkumu, byli důvody

pro eutanazii. Nejčastěji byly uvedeny možnosti strach z tělesné bolesti – 80%, a strach z duševního utrpení – 47%.

Další studie se věnuje problematice interrupce. Touto problematikou se zabývá bakalářská práce Hany Šeligové ze Západočeské univerzity v Plzni z roku 2012. Název práce je Současné etické problémy porodnictví a gynekologie. Cílovou skupinou výzkumného dotazníku byla ženská část veřejné populace západočeského kraje, kterého se zúčastnilo 102 žen. Otázka, na kterou bych chtěla odkázat je stejná jako v mém výzkumném dotazníku. Otázka se týkala důvodů pro podstoupení interrupce. Nejvíce byly uváděny tyto možnosti: ohrožení zdravotního stavu ženy – 54%, sexuální zneužití ženy – 47%, genetická příčina – 43%.

Poslední studie, na kterou bych chtěla odkázat, se týká problematiky transplantace. Této problematice se věnuje bakalářská práce Petry Bolechové, DiS., z Vysoké školy polytechnické v Jihlavě. Jejího výzkumu se zúčastnilo 205 osob veřejné populace kraje Vysočina. Chtěla bych zde odkázat na výzkumnou otázku týkající se znalosti předpokládaného souhlasu při posmrtné transplantaci orgánů a tkání. 62% osob uvedlo svoji znalost předpokládaného souhlasu a 38% uvedlo, že o předpokládaném souhlasu neví.

V oblasti euthanasie se ztotožňuji s názorem Ptáčka a Bartůňka, že by se mělo odstoupit od rozdělování euthanasie na aktivní a pasivní. V dnešní době je samozřejmostí zmírňování bolestí u pacientů v konečné fázi nemoci. Zda se bude ze strany lékaře jednat o pasivní či aktivní euthanasii, pořád se bude jednat o trestný čin, který není v souladu s morálními a etickými hodnotami. Člověk by měl z tohoto světa odcházet tak, jak je to přirozené. Nikdy by v těchto ohledech neměl zasahovat člověk, ani když je to lékař.

Ohledně problematiky interrupce je můj názor takový, že by měla být prováděna jen v nejnnutnějších případech a životních situacích, kterými jsou ohrožení zdravotního stavu ženy, postižení plodu nebo pokud by žena otěhotněla znásilněním. Nejsem zastánce toho, aby žena podstupovala interrupci pokaždé, když to uzná za vhodné. Jsem zastánce názoru, že zrození člověka je obrovský zázrak a zplození k němu neodmyslitelně patří.

10. Závěr

V bakalářské práci jsem se zabývala názory dospělé populace Jihočeského kraje na vybrané etické problémy v péči o zdraví. Konkrétně se jednalo o problémy týkající se vztahu lékaře s pacientem, problematika euthanasie, interrupce a posmrtné transplantace orgánů a tkání. Cílem této práce bylo zjistit názory dospělé populace Jihočeského kraje právě na tyto problémy. Pro svoji práci jsem zvolila kvantitativní výzkum, metodu dotazování, ve které jsem použila dotazník. Dotazník byl respondentům poskytnut ve formě tištěné nebo elektronické. Dotazování se zúčastnilo celkem sto osob. Z celkového počtu se zúčastnilo 58 žen a 42 mužů. Respondenti se pohybovali ve věkovém rozmezí od 18 do 65 let. Dotazník byl tvořen 18 otázkami, které měli potvrdit nebo vyvrátit 8 předpokladů.

Předpoklad č. 1 předpokládala, že vztah mezi lékařem a pacientem je ovlivněn jejich vzájemnou komunikací. Tento předpoklad nebyl zcela potvrzen. Díky dotazníkovým otázkám č. 3 a č. 4 bylo zjištěno, že vztah mezi lékařem a pacientem úzce souvisí s jejich vzájemnou komunikací. Většina dotazovaných uvedla, že jejich vztah i komunikace jsou na dobré úrovni.

Předpoklad č. 2 předpokládá, že většina pacientů není dobře a srozumitelně informována o svém zdravotním stavu. Tento předpoklad se také nepotvrdil. Otázkou č. 5 bylo v dotazníkovém výzkumu zjištěno, že většina dotazovaných osob byla o svém zdravotním stavu informována dobře a velmi dobře.

Předpoklad č. 3 předpokládá, že většina populace neví, co znamená informovaný souhlas. Tímto předpokladem se zabývali výzkumné otázky č. 6 a č. 7, podle kterých bylo zjištěno, že většina dotazované populace neví, co znamená informovaný souhlas, nebo lépe řečeno neví o všech formách informovaného souhlasu. Více než polovina dotazovaných uvedla, že ví, co znamená informovaný souhlas, ale zároveň skoro polovina respondentů uvedla, že nikdy informovaný souhlas neposkytli. Proto bych tento předpoklad považovala za potvrzený.

Předpoklad č. 4 předpokládá, že většina výzkumné populace neví o právech pacientů. Pro tento předpoklad byla klíčová otázka č. 8. Z výzkumu vyplívá, že většina dotazované populace o právech pacientů ví, ale nezná je všechny. Tento předpoklad bych označila proto za vyvrácený.

Předpoklad č. 5 předpokládá, že většina výzkumné dotazované populace by nesouhlasila se zavedením euthanasie v České republice. Z dotazníkových otázek č. 9, č. 10 a č. 11 vyplívá, že většina výzkumné populace ví, co euthanasie znamená a s jejím zavedením v České republice by souhlasila. Za nejvíce označované možnosti při podmínkách provádění euthanasie, byli uváděny možnosti u nevléčitelně nemocných osob a u nevléčitelně nemocných s nesnesitelnými bolestmi. Tento předpoklad se nepotvrdil. Dále bylo zjištěno, že většina dotazované populace ví, jaký je rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasí.

Předpoklad č. 6 předpokládá, že většina výzkumné populace připouští interrupci jen v nejnnutnějších případech a životních situacích. Z dotazníkových otázek č. 15 a č. 16 vyplívá, že většina dotazované populace uvedla, že možnost interrupce je věc každé těhotné ženy. Dále většina respondentů uvedla, že by interrupci připustili v případě ohrožení života ženy, postižení plodu nebo pokud, by žena otěhotněla znásilněním. Z tohoto výzkumu tedy vyplívá, že tento předpoklad byl potvrzen.

Předpoklad č. 7 předpokládá, že většina dotazované populace souhlasí se strategií „pro život“, tedy že život začíná od oplodnění. Tento předpoklad byl vyvrácen díky výzkumné otázce č. 17. Většina dotazované populace totiž uvedla, že se přiklání ke strategii „pro volbu“. Tento předpoklad se nepotvrdil i díky předchozímu předpokladu, kde bylo prokázáno, že většina dotazované populace nechává možnost interrupce na každé těhotné ženě.

Předpoklad č. 8 předpokládá, že většina dotazované populace souhlasí s předpokládaných souhlasem při transplantaci orgánů. Z výzkumné dotazníkové otázky č. 18 vyplývá, že většina dotazované populace souhlasí s předpokládaných souhlasem při posmrtné transplantaci orgánů, protože tuto možnost uvedli v dotazníkovém výzkumu. Tento předpoklad byl tedy potvrzen.

11. Seznam použitých zdrojů:

1. AYERS, Susan, de VISSER, Richard. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing a.s. 2015. 568 stran. IBSN 802479733
2. ARMSTRONG, Michael, TAYLOR, Stephen. *Řízení lidských zdrojů: Moderní pojetí a postupy*. Praha: Grada Publishing a.s. 2015. 928 stran. IBSN 8024798824
3. ANZENBACHEN. *Úvod do etiky*. Brno: Academia 2011. 292 stran. IBSN 80-200-0917-5
4. BAHOUNEK, Jiří Tomáš. FUKALOVÁ, Drahoslava a kol. *Čtyři pohledy na interrupci*. Ostrava: KEY Publishing s.r.o., 2007. 105 stran. IBSN 978-80-87071-09-0
5. BALÁŽ, Peter a kol. *Odběry orgánů k transplantaci*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2011. 255 stran. IBSN 978-80-246-1964-4
6. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 stran. IBSN 8024711974
7. BOLECHOVÁ, Petra. *Bakalářská práce: Transplantace Otázka dárcovství*. Jihlava. 2012. 58 stran.
8. ČEVELA, Rostislav. ČELEDVÁ, Libuše. ZVONÍKOVÁ Alana. *Posudkové lékařství*. Praha: Grada Publishing a.s. 2010. 143 stran. IBSN 8024732858
9. ČEVELA, Rostislav. ČELEDVÁ, Libuše. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing a.s. 2010. 128 stran. IBSN 8024766086
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas – proč a jak?*. Praha: Nakladatelství Galén, 2007. 103 stran. IBSN 978-80-7262-497-3
11. MARTÍNKOVÁ, Iveta. *Bakalářská práce: Postoj veřejnosti a zdravotníků k problematice Eutanazie*. Plzeň. 2012. 71 stran.
12. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie nebo paliativní péče?*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. 103 stran. IBSN 80-247-1025-0
13. MUNZAROVÁ, Marta. *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. 120 stran. IBSN 80-247-0924-4
14. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. 156 stran. IBSN 80-247-1024-2
15. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing a.s. 2010. 224 stran. IBSN 978-80-247-2358-7
16. PTÁČEK, Radek. BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. 528 stran. IBSN 978-80-247-3976-2
17. PTÁČEK, Radek. BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing a.s. 2014. 520 stran. IBSN 978-80-247-5471-0

18. PTÁČEK, Radek. BARTŮNĚK, Petr a kol. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Graha Publishing a.s. 2012. 257 stran. IBSN 978-80-247-4659-3
19. RAUDENSKÁ, Jaroslava. JAVŮRKOVÁ Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. 304 stran. IBSN 8024771543
20. SEIFERT, Bohumil. ČELEDOVÁ, Libuše a kol. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum Press 2012. 194 stran. IBSN 8024620820
21. ŠELIGOVÁ, Hana. *Bakalářská práce: Současné etické problémy porodnictví a gynekologie*. Plzeň. 2012. 77 stran.
22. ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing a.s. 2015. 224 stran. IBSN 8024798840
23. ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing a.s. 2007. 229 stran. IBSN 802472068

12. Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník

Příloha 1: Dotazník k bakalářské práci

Vážené respondentky, vážení respondenti,

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou Bakalářskou práci na téma „Názory dospělé populace Jihočeského kraje na vybrané etické problémy.“

Dovoluji si Vás také požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Předem děkuji za spolupráci.

Anna Bicanová, studentka katedry Výchovy ke zdraví Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích.

Správné odpovědi zakroužkujte.

1. Uveďte svoje pohlaví

- a) žena b) muž

2. Uveďte svůj věk

.....

3. Jaký máte vztah k Vašemu obvodnímu lékaři?

- a) velmi dobrý b) dobrý c) spíše dobrý d) spíše špatný e) špatný f) velmi špatný

4. Jak byste ohodnotili komunikaci Vašeho lékaře s Vámi?

- a) velmi dobrá b) dobrá c) spíše dobrá d) spíše špatná e) špatná f) velmi špatná

5. Jak dobře (dostatečně, srozumitelně...) jste byli informováni o svém zdravotním stavu od svého obvodního lékaře nebo od odborného lékaře?

- a) velmi dobře b) dobře c) spíše dobře d) spíše špatně e) špatně f) velmi špatně

6. Víte co znamená informovaný souhlas?

- a) ano vím b) ne nevím c) nejsem si jistá(ý)

7. Poskytli jste už někdy informovaný souhlas?

- a) ano b) ne c) nevím

8. Víte, že existují práva pacientů? Znáte je?

- a) vím, znám je b) vím, neznám je c) nevím

9. Víte, co je to eutanázie?

- a) ANO b) NE

10. Souhlasili byste se zavedením eutanazie v České republice?

- a) ano b) ne c) možná, záleželo by, za jakých podmínek by byla prováděna

11. Za jakých podmínek by podle Vás měla být prováděna? (více možností)

- a) jen u nevléčitelně nemocných osob
b) u nevléčitelně nemocných s nesnesitelnými bolestmi
c) pokud by o ni pacient požádal a podepsal souhlas, aniž by byl nevléčitelně nemocný
d) jiná možnost
- e) nikdy
f) kdykoliv

12. Kdo by podle Vás v případě zavedení eutanazie měl tuto službu provádět?

- a) lékař b) specializovaný zdravotní personál
c) zdravotnický personál (např. zdravotní sestra) d) nikdo

13. Víte, jaký je rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanázií?

- a) ANO b) NE

14. Lékař, který by podal pacientovi smrtící látku na jeho požádání, provádí:

- a) aktivní eutanázii b) pasivní eutanázii c) nevím

15. Jaký je Váš názor na interrupci (potrat)? Souhlasíte s ní?

- a) ano, jsem její zastánce
- b) ne, jsem její odpůrce
- c) myslím si, že je to věc každé těhotné ženy

16. V jaké situaci byste s interrupcí souhlasili? (více možností)

- a) jen pokud by žena otěhotněla znásilněním
- b) pokud by žena byla v náročné životní situaci (např. ve finanční tísní, špatné sociální situaci)
- c) pokud by byla žena v ohrožení života
- d) pokud by byl plod postižen (vada)
- e) pokud by se jednalo o velmi mladou matku (př. 14 – 17 let)
- f) kdykoliv to žena uzná za vhodné (př. dítě by nechtěla)
- g) jiná možnost
- h) ani jedna možnost

17. Existují 2 strategie: „pro život“, která považuje interrupci za vraždu a říká, že život začíná od oplodnění. A strategie „pro volbu“, která ji neodsuzuje a říká, že volba je na ženě. Pro jakou z těchto dvou strategií byste byli?

- a) „pro život“
- b) „pro volbu“

18. Víte, že v ČR existuje u transplantací strategie „opting out“, tedy taková, která předpokládá souhlas s darováním orgánů po smrti pacienta. A jen pokud před smrtí podá pacient žádost, že si nepřeje být dárce, tak jeho orgány nejsou odebrány? Jaký je Váš názor na předpokládaný souhlas při transplantaci orgánů?

- a) souhlasím s ním
- b) nesouhlasím s ním
- c) nesouhlasím a jsem v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů

ABSTRAKT

Tématem této bakalářské práce jsou názory dospělé populace Jihočeského kraje na vybrané etické problémy. Těmito problémy je míněn vztah lékaře s pacientem, názor na euthanasii, interrupci a transplantaci orgánů a tkání. V teoretické části jsou vysvětleny a popsány základní pojmy vztahující se k této bakalářské práci. Dále se teoretická část zabývá názory z odborné literatury na tato vybraná témata.

Cílem bakalářské práce je zjistit názory dospělé populace Jihočeského kraje na vybrané etické problémy v péči o zdraví. Hlavními cíli jsou názory na vztah lékaře s pacientem, zavedení euthanasie v České republice, pozitivní či negativní pohled na interrupci a názor na předpokládaný souhlas s posmrtným darováním orgánů.

V praktické části se práce zabývá kvantitativním výzkumem a vyhodnocením výzkumného dotazníku.

Klíčová slova: lékař, pacient, euthanasie, interrupce, transplantace, komunikace

ABSTRACT

The theme of this thesis are opinions of adult population of the South Bohemia region about selected ethical problems. These problems involve doctor's relationship with patient, opinions of euthanasia, abortion and transplantation organs and tissues. In the theoretical part are explained and described the basic concepts related to this thesis. Furthermore, the theoretical part deals with the views from professional literature on these selected topics.

The aim of the thesis is to determine the views of the adult population of South Bohemia on selected ethical issues in health care. The main objectives are the views on the relationships of the doctors with the patients, the introduction of euthanasia in the Czech Republic, a positive or negative view of abortion and opinion on supposed consent to postmortem donating organs.

In the practical part the thesis deals with the quantitative research and evaluation of the research questionnaire.

Keywords: physician, patient, euthanasia, abortion, transplantation, communication